



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

암환자 가족의  
미충족 요구와 삶의 질

2014년 2월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
김 혜 진



# 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질

지도 교수 이 명 선

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함

2013 년 10 월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

김혜진

김혜진의 간호학석사 학위论문을 인준함

2013년 12월

위 원 장

김 금 순



부위원장

김 영 미



위

원

이 명 선





## 국문초록

암 발생률의 증가와 함께 생존율이 향상됨에 따라 2010년 암 유병자는 약 90만명에 이르고 있다. 특히 암의 5년 생존율이 60%를 넘어서면서 이제 암은 지속적인 관리가 필요한 만성질환의 하나로 여겨지고 있다. 이와 함께 입원 중심의 치료에서 외래 중심의 치료로 의료 환경이 변화함에 따라 암 환자를 돌보는 가족의 역할이 증가하고 있는 실정이다. 따라서 암환자뿐만 아니라 암환자 가족에게도 특별한 관심을 기울일 필요가 있다.

본 연구의 목적은 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질을 파악하고, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하는 것이다. 궁극적으로는 대상자의 요구를 충족시키고 삶의 질을 높이기 위한 의료 서비스를 개발하는 데 필요한 기초 자료를 얻기 위함이다.

본 연구는 상관관계 연구로 설계되었으며, 연구 대상은 서울 소재 일개 종합병원의 종양내과센터 외래를 방문한 암환자의 가족으로, 2013년 10월 중에 편의표집 방법으로 자료를 수집하였다. 연구 도구는 미충족 요구를 측정하기 위해 Comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers를 사용하였고, 삶의 질은 Korean version of caregiver quality of life index-cancer를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 21.0을 이용하여 분석하였다.

연구 결과, 총 191명의 대상자 가운데 여성이 59.2%이었고, 평균 연령은 49세 이었으며, 환자와의 관계는 배우자(51.3%)인 경우가 많았다. 대상자가 돌봄을 제공하고 있는 암환자의 평균 연령은 57세로, 진단명은 유방암과 폐암이 27.2%로 많았다. 대상자의 미충족 요구는 평균 61.3점으로 중간 정도의 점수였고, 의료진 관련 요구, 정보·교육 요구 순으로 높은 점수를 보였다. 미충족 요구는 의료비 지출, 환자 연령, 병기에 따라 유의한 차이가 있었다. 대상자의 삶의 질은 평균 74.6점으로 중간 정도의 수준이었고, 성생활, 부담감 순으로 점수가 낮았다. 삶의 질은 환자와의 동거 여부, 가구 소

득, 돌봄 기간, 환자 연령, 병기에 따라 유의한 차이가 있었다. 대상자의 미충족 요구와 삶의 질은  $r=-.604(p<.01)$ 로 높은 음의 상관관계를 보였다. 단계적 다중회귀분석 결과, 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 건강관리·심리적 요구, 사회적 지지 요구, 가족·사회적 관계 요구로 총 47.6%의 설명력을 보여 주었다( $R^2=0.476, p<.001$ ).

결론적으로, 암환자 가족의 요구를 충족시키기 위해서는 의료인들이 환자 치료와 관련된 정보를 가족에게 보다 더 성의 있게 제공하고, 이들이 치료 과정에도 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 암환자 가족의 미충족 요구가 높을수록 삶의 질이 낮아지므로 대상자의 요구를 확인하여 이에 따른 의료서비스 및 간호 중재를 제공 하는 것이 필요하다고 본다. 이들의 삶의 질에 크게 영향을 미치는 영역은 미충족 요구의 점수가 높았던 정보·교육 영역보다는 오히려 상대적으로 점수가 낮았던 건강·심리적 문제, 가족·사회적 관계 영역임이 확인되었다. 이는 암환자 가족의 삶의 질 향상은 환자 상태에 대한 정보 제공만으로 이끌어내기는 어렵다는 것으로 이해할 수 있으며, 따라서 가족들이 겪는 건강·심리적 문제를 해결하고, 이와 함께 가족 및 사회적 관계를 유지하고 증진시키는 데까지 확대된 통합적인 의료 서비스 및 간호 중재 프로그램 개발이 필요하다고 본다.

**주요어:** 암환자 가족, 미충족 요구, 삶의 질

**학 번:** 2009-20460

# 목 차

국문초록 .....	i
I. 서론 .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	3
3. 용어의 정의 .....	4
II. 문헌 고찰 .....	5
1. 암환자 가족의 요구 .....	5
2. 암환자 가족의 삶의 질 .....	10
III. 연구 방법 .....	12
1. 연구 설계 .....	12
2. 연구 대상 .....	12
3. 연구 도구 .....	13
4. 자료수집절차 .....	15
5. 연구의 윤리적 고려 .....	15
6. 자료 분석 방법 .....	16
IV. 연구 결과 .....	17
1. 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성 .....	17
2. 대상자의 미충족 요구와 삶의 질 정도 .....	21
3. 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성에 따른 미충족 요구와 삶의 질 .....	27
4. 미충족 요구와 삶의 질 간의 상관관계 .....	33



5. 삶의 질에 대한 단계별 다중회귀분석 .....	35
V. 논의 .....	37
VI. 결론 및 제언 .....	42
1. 결론 .....	42
2. 제언 .....	43
참고문헌 .....	44
부록 .....	50
Abstract .....	59

## List of Table

Table 1. Characteristics of the participants .....	18
Table 2. Characteristics of the patients .....	20
Table 3. Scores of unmet needs .....	22
Table 4. Scores of quality of life .....	25
Table 5. Unmet needs according to the characteristics of the participants .....	28
Table 6. Unmet needs according to the characteristics of the patients .....	29
Table 7. Quality of life according to to the characteristics of the participants .....	31
Table 8. Quality of life according to the characteristics of the patients .....	32
Table 9. Correlations between unmet needs and quality of life .....	34
Table 10. Factors influencing quality of life .....	36

## 부록 목차

부록 1. 의학연구윤리심의위원회 심의결과 통보서 .....	50
부록 2. 연구 참여 동의서 .....	51
부록 3. 설문지 .....	52

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

암은 국민의 건강과 생명을 위협하는 대표적인 질환으로, 국가 차원에서 암 정복을 위한 다양한 노력을 기울이고 있지만, 여전히 암은 우리나라 사망 원인 1위를 차지하고 있다(통계청, 2013). 따라서 암이라는 진단은 죽음을 연상하게 하여, 가족 중에 암환자가 발생하면 환자뿐만 아니라 가족도 심리적으로 큰 충격을 받으며 삶의 위기를 경험하게 된다(권은진과 이명선, 2013; 양은영, 2006; 이현미, 2011; 홍민주, 태영숙과 노미영, 2012; Given & Northouse, 2011). 우리나라는 특히 인구 노령화 및 생활양식의 변화 등으로 인해 암의 발생이 계속 증가하고 있고, 조기 진단 및 치료 방법 등의 발달로 암 진단 후 생존 기간은 점차로 길어지고 있다. 이에 따라, 2010년 암 유병자 수는 약 90만명으로, 암 환자의 절반 이상이 5년 이상 생존하고 있으며(국가암정보센터, 2013), 암은 이제 지속적인 관리가 필요한 만성질환의 하나로 여겨지고 있다. 이로 인해 가정에서 암환자를 돌보는 책임을 맡고 있는 암환자 가족의 부담은 갈수록 증가하고 있다.

또한, 최근 들어 암 치료는 효율적인 병상 운영과 의료비 절감 등을 목표로 하는 경제적인 이유와 표적 치료제 및 경구 항암제 증가 등의 치료 방법 변화로 인해, 외래 중심의 치료가 증가하고 있다. 따라서, 암 환자들은 최소한으로 필요한 짧은 기간만 입원을 하고, 대부분 시기는 가정에서 지내야 한다. 이러한 의료 환경의 변화에 따라 전문적 지식과 기술을 가진 의료진이 제공하던 돌봄 행위들이 점차적으로 암환자 가족이 담당해야 하는 것으로 변화되고 있다(Glajchen, 2004). 암환자 가족은 환자가 암 진단을 받는 시기부터 치료를 받는 시기, 치료가 종료되어 추적 관찰을 하는 시기, 질병이 악화되거나 완화 의료로 진행되는 시기 등의 환자의 질병 단계에 따라 다양한 역할을 수행하여야만 한다. 이렇게 가족에게 주어진 환자 간호에 대한 막중한 책임에 대해 암환자 가족은 스스로가 준비되어 있지 않고, 최선

의 간호를 제공하지 못하는 것에 대해 걱정하며 더 많은 정보와 도움을 요구하고 있다(Given & Northouse, 2011).

가족이 제공하는 지지 정도가 환자의 치료 결과에 중대한 영향을 미친다(Given, Given, & Kozachik, 2001)는 사실을 감안할 때, 암환자 가족이 스스로에게 닥친 삶의 위기를 잘 극복하고, 적절한 역할을 잘 수행할 수 있도록 돕는 것이 필요하고, 이를 위해서는 무엇보다도 먼저 이들의 요구를 파악하는 것이 선행되어야 한다. 간호사는 다른 전문 직종에 비해 환자나 그 가족과 함께 보내는 시간이 많으므로, 가족들이 원하는 요구를 충족시켜 주기에 가장 적합한 위치에 있다(Given & Northouse, 2011). 간호의 궁극적 목적은 환자와 가족을 하나의 통합된 단위로 인지하고, 건강한 삶을 공동으로 영위하도록 돕는 데 있으므로(성일순 등, 2007), 암환자 가족의 요구를 파악하고, 그들의 삶의 질을 향상시키기 위한 연구는 지속적으로 이루어질 필요가 있다.

지금까지 국내에서 암환자 가족의 요구에 대한 연구들이 몇 편 있었지만, 대부분의 논문에서 사용한 간호 요구 도구는 입원환자 중심에서 개발된 것이라 의료환경이 급변하고 있는 현 시점의 암환자 가족의 요구를 충분히 반영하기는 어렵다. 암환자 가족은 정보적 요구, 증상관리 요구, 심리사회적 요구, 재정적 요구, 영적 요구 등 다양한 측면의 요구를 가지고 있다(Skalla, Smith, Li, & Gates, 2013). 따라서, 암환자 가족의 요구를 사정할 때는 이런 여러 측면의 요구를 포괄적으로 사정하는 것을 권고 하고 있으나(Kim, Kashy, Spillers, & Evans, 2010), 기존 국내연구에서는 다양한 측면의 요구를 사정하지 못하였다.

그러므로, 외래 중심의 치료가 확대되고 있는 현 시점에서 가정에서 스스로 암환자를 돌보는 역할을 담당 해야 하는 가족의 다양한 요구를 파악하는 것은 그들에게 필요한 최선의 의료 서비스를 제공하는 데 중요한 근거 자료가 될 수 있을 것이다.

대상자의 요구를 사정할 때, 대상자가 갖고 있는 요구에 대하여 도움을 전혀 받지 못하였거나, 추가적인 도움이 더 필요한 경우를 미충족 요구로

분류한다. 최근 들어, 미충족 요구에 대한 관심이 높아지면서, 암환자나 가족의 미충족 요구에 대한 연구들이 증가하고 있다(Harrison, Young, Price, Butow & Solomon, 2009). 미충족 요구 조사는 대상자가 필요로 하는 요구 중에 이미 충족된 요구를 제외하도록 함으로써, 어떤 문제에 대해 우선적으로 도움을 필요로 하는지 파악할 수 있으며, 한정된 의료 자원을 분배하는 데 있어서 중요도와 시급성을 판단하는 근거 자료가 될 수 있다(Sanson-Fisher et al., 2000).

따라서, 본 연구에서는 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질을 파악하여, 그들을 돕기 위한 의료 서비스를 개발하는 데 필요한 근거 자료를 얻고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 암환자 가족을 대상으로 미충족 요구와 삶의 질을 조사하여, 암환자 가족의 요구를 충족시키고 삶의 질을 높이기 위한 의료 서비스를 개발하는 데 필요한 기초 자료를 얻고자 계획되었으며, 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질의 정도를 파악한다.
- 2) 암환자 가족의 일반적 특성과 환자관련 특성에 따른 미충족 요구와 삶의 질을 파악한다.
- 3) 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질의 상관관계를 파악한다.
- 4) 암환자 가족의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 암환자 가족

암을 진단 받은 환자의 가족을 의미한다. 가족은 부부나 그의 자녀들로 구성된 기본적인 사회 집단으로, 생활공간 및 양식을 공유하면서 서로 규정된 역할을 통하여 계속적으로 상호작용하는 사회 단위이다(Duvall, 1971). 본 연구에서는 암환자에게 주로 돌봄을 제공하는 가족 구성원을 의미하는 것으로, 환자가 지정한 주 돌봄 제공자를 의미한다.

#### 2) 미충족 요구

도움이 필요하지만 도움을 받지 못한 경우, 즉 욕구 충족을 채우지 못한 상태의 정도를 의미한다(Harrison et al., 2009). 본 연구에서는 Shin 등(2011)이 개발하고 신뢰도와 타당도가 검증된 Comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers(CNAT-C)를 이용하여 측정한 것으로 점수가 높을 수록 미충족된 요구의 정도가 높음을 의미한다.

#### 3) 삶의 질

개인이 느끼는 삶에 대한 만족감, 개인의 긍정적 심리상태를 포괄하는 개념으로 볼 수 있으며, 건강 관련 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적, 영적 영역을 모두 포함하는 주관적인 안녕 상태를 의미한다(Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995). 본 연구에서는 Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, 와 Cox(1999)가 개발하고 Rhee 등(2005)이 한국어판으로 번역하여 신뢰도와 타당도를 검증한 Korean version of caregiver quality of life index-cancer(CQOLC-K)를 사용하여 측정한 것으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 암환자 가족의 요구

#### 1) 암환자 가족의 역할

암환자 가족을 대상으로 한 선행 연구들에서 돌봄을 제공하는 주 간호제공자를 어떻게 선정할 것인가에 대해 일관된 지침은 아직 없지만, 암환자 스스로가 주 간호 제공자라 지정하는 가족 구성원이나 지인을 연구 대상으로 선정할 것을 권유하고 있다(Romito, Goldzweig, Cormio, Hagedoorn, & Andersen, 2013; Stenberg, Ruland, & Miaskowski, 2010). 우리나라는 가족의 유대 관계가 밀접 하기 때문에 가족 중에 환자가 발생하면 가족 구성원이 환자를 돌보는 것을 당연시 하고 있다(박연환과 현혜진, 2000). 최근 들어 의료 환경의 변화로 환자가 병원에 머무는 시간 보다 가정에서 보내는 시간이 길어지면서, 암환자 가족이 담당해야 하는 역할은 계속해서 다양해지고, 확대되고 있다(Given et al., 2001; Glajchen, 2004).

진단 시기부터 수술이나 항암화학요법 등의 치료가 진행되는 과정, 치료가 종료 되고 정기적인 추적 관찰이 이루어지는 시기 까지를 포함하여 암환자 가족은 치료 결과에 중대한 영향을 미치는 핵심적인 역할을 담당한다(Given, Given, & Sherwood, 2012). 진단 시기에는 질병 관련 정보를 탐색하고, 치료와 관련된 의사 결정을 도우며, 환자가 겪는 불안이나 우울 등의 정서적 문제를 극복할 수 있도록 돕는 역할을 한다. 항암화학요법 등의 치료가 진행 되는 시기에는 환자가 경험하는 다양한 신체적, 정서적 증상 등을 해결하며, 병원 방문, 검사 진행, 항암제나 진통제 투약 등을 돕기도 한다. 치료가 종료되고 추적 관찰을 하는 추후관리 시기에는 재발에 대한 걱정, 불안 등의 심리적인 문제들을 함께 공유하며, 문제 해결을 돕고, 환자 회복에 영향을 미치는 식생활이나 운동을 관리하는 역할을 담당한다(Given et al., 2012).



Given 등(2001)은 암환자 가족의 역할을 직접적 돌봄(Direct care), 간접적 돌봄(Indirect care), 증상 관리(Symptom and comfort management), 정보 요구(Information needs)의 4가지 범주로 정리 하였다. 직접적 돌봄 영역에는 목욕, 옷 입히기, 투약, 상처 관리 등이 포함된다. 최근 들어, 경구 항암제, 표적치료제 등의 증가로 가정에서의 항암제 투약이 증가하고 있다 (Lee, Kim, & Lee, 2011). 암환자를 돌보는 가족은 항암제 복용 방법, 부작용 등을 잘 숙지 하여야 하고, 환자의 부작용 정도에 따라 투약 용량, 스케줄 등을 조절하여야 한다. 또한, 항암제 투약을 위해 사용하는 중심 정맥 관이나 휴대용 펌프(infusion pump)의 관리도 가족이 담당 하며(Given et al., 2012), 입원기간 단축으로 인해 소독 등의 처치도 퇴원 후 가정에서 시행하여야 한다. 가정에서 자가 주사가 필요한 약제는 가족이 직접 주사 방법을 숙지한 후 투약하여야 하기도 한다.

간접적 돌봄 영역에는 진료 스케줄 조정, 의료비와 재정 관리 등이 포함된다. 외래 진료를 통해 검사 결과 확인, 치료 방침 등이 결정되므로, 환자를 돌보는 책임을 맡고 있는 주 가족 구성원도 진료에 참여하여 의사결정을 해야 한다(Adams, Boulton & Watson, 2009).

증상 관리 영역에는 치료 부작용을 관찰하고 증상이나 투약을 기록하는 내용이 포함된다. 항암제로 인한 다양한 부작용은 주로 항암제 투약 후 4-6 일째 가정에서 지내는 기간에 발생하므로(정재원, 2006), 이런 부작용을 관리하고, 부작용 정도에 따라 문제를 해결하는 것도 가족이 담당 해야 하는 역할 중의 하나이다. 가족은 환자가 경험할 수 있는 증상들에 대해 미리 숙지하고 있어야 하고, 증상 정도에 따라 의료진에게 연락하거나, 진료 예약을 조절하거나, 약 처방을 받아 환자에게 투약하여야 한다. 여러 증상들로 인해 고통을 받는 환자를 곁에서 지켜보고, 환자의 고통을 경감시킬 수 있는 방법을 찾아 환자의 안위를 돕는 것이 암환자 가족의 주된 역할인 것이다.

이러한 다양한 역할을 수행하는 과정에서, 암환자 가족은 환자를 잘 돌보기 위해 항상 걱정하며, 환자의 복잡하고 다양한 문제를 해결 해야 하는 일차적 책임자인 것이다(Given et al., 2001; Given et al., 2012; Glajchen,

2004). 암환자 가족이 주어진 역할을 잘 수행 하지 못하면, 환자의 상태 악화 등 치료 결과에 악영향을 줄 뿐만 아니라 예기치 않은 병원 방문, 응급실 방문 등의 증가로 인해 의료비 상승의 원인이 될 수 있다.

실제로 암환자 가족 중에 70%~80%가 스스로 준비되어 있지 않고, 적절한 역할을 수행하지 못하는 것에 대해 걱정하고 있으며, 도움이 될 수 있는 정보와 의료 서비스 등 다양한 측면의 문제들에 대한 도움을 요구하고 있다고 하였다(Given & Northouse, 2011).

## 2) 암환자 가족의 요구

요구는 경험하는 문제에 대해 지지를 원하는 것으로, 암환자 가족은 건강 상태의 유지를 위해, 삶의 질 향상을 위해 여러 가지 겪고 있는 다양한 문제에 대한 의료진의 지지를 요구하고 있다(Hwang et al., 2003). 그리하여, 세계보건기구(World Health Organization)에서는 환자와 가족을 하나의 통합된 단위로 인지하도록 권고하고 있으며, 그들의 미충족된 요구를 사정하여 적절한 중재를 제공함으로써 의료의 질 향상을 도모하도록 하고 있다(Given & Northouse, 2011; Hwang et al., 2003; Stenberg et al., 2010). 암환자와 가족의 요구를 조사하는 것은 질 높은 의료 서비스를 제공하고, 만족도와 삶의 질을 높이는데 있어서 중요한 과정이다. 암환자 가족의 정확한 요구를 파악함으로써 의료 서비스의 질 향상과, 의료비용의 감소뿐만 아니라 암 관리의 전반적인 부분에 있어 질적 개선을 가져올 수 있다(이은현 등, 2010).

하지만 암환자 가족의 요구를 조사한 국내 연구는 국외 연구에 비해 그 수가 많지 않다. 김춘길(1998)은 몇 개의 문헌을 토대로 하여 암환자 가족의 간호 요구를 측정하는 도구를 개발하였다. 이 도구는 ‘환자 상태 및 치료/간호에 대한 정보’, ‘이용 가능한 자원’, ‘영적 지지’, ‘정서적 지지’, ‘시설’, ‘역할 안내 및 지지’의 6개 범주의 30문항으로 구성되어 있다. 암환자 가족 110명을 대상으로 간호 요구를 조사한 결과, ‘환자 상태 및 치료/간호에 대

한 정보'에 대한 요구가 가장 높았고, '정서적 지지'에 대한 요구가 가장 낮았다고 보고하였다. 같은 도구를 사용하여 암환자 가족의 요구를 조사한 함단옥(2004)의 연구와 말기 암환자 가족을 조사한 정복례와 김경혜(2003)의 연구, 항암화학요법을 받는 암환자 가족을 대상으로 시행한 이현미(2011)의 연구에서도 '환자 상태 및 치료/간호에 대한 정보'영역에 대한 요구가 가장 높았다고 하였고, '영적 지지', '정서적 지지'요구는 상대적으로 낮았다고 하였다.

말기 암환자의 가족을 대상으로 미충족 요구를 조사한 Park 등(2010)의 연구에서는 증상 관리(42.8%), 재정적 지원(42.7%), 정서적 지지(20.6%), 지역 사회 지지(19.7%), 영적 지지(3.8%)의 순서로 미충족 요구가 있었으며, 증상관리나 재정문제에 대한 미충족 요구가 높았다고 하였다.

암환자 가족의 요구와 관련된 국외 연구는 최근 들어 급격하게 증가하고 있다. 의료 환경의 변화로 가족의 역할이 크게 증가하면서, 2000년 이후로 암환자 가족의 미충족 요구를 조사하는 연구들이 계속해서 보고 되고 있다.

Hwang 등(2003)은 100명의 진행된 병기의 암환자 가족을 대상으로 미충족 요구, 부담감, 만족도를 조사하였는데, 연구 결과, 가정에서 간호 하는데 있어 필요한 정보와 가정에서 문제 발생 시 받을 수 있는 도움에 대한 정보, 질병 진행 과정에 대한 정보 등 정보 관련 미충족 요구가 높았다고 보고하였다. 또한, 미충족 요구가 있는 암환자 가족의 만족도가 다른 그룹에 비해 낮게 나타나 미충족 요구와 만족도가 유의한 상관관계가 있다고 보고 하였다.

Kim 등(2010)은 암 진단 후 2달, 2년, 5년이 경과한 세 그룹의 암환자 가족을 대상으로 미충족 요구와 삶의 질을 연구하였다. 연구 결과, 세 그룹 모두에서 분노나 불안 등의 정서적 문제에 대한 미충족 요구가 높게 보고되었다. 진단 후 2달이 경과한 그룹에서는 치료 관련, 재정적 문제, 일상생활과 관련된 미충족 요구가 높게 나타났고, 5년이 경과한 그룹에서는 암 생존자 지지 그룹, 보험 문제 등에 대한 미충족 요구가 높게 나타나, 암환자 가족의 요구는 환자의 질병 진행 경로에 따라 각각 다를 수 있음을 보고하였다.

Stenberg 등(2010)은 암환자 가족과 관련된 192개의 문헌을 검토하여 그들이 주로 요구하는 문제를 정리하였다. 암환자 가족은 수면장애, 두통 등의 신체적 문제와 직업 상실, 역할 변화 등의 사회적 문제, 불안, 불확실성, 무력감 등의 감정조절과 관련된 정서적 문제에 대한 요구가 있다 하였다. 또한 진단이나 치료, 증상관리에 대한 정보적 요구가 높았다고 하였다.

Printz(2011)는 1,600명의 암환자 가족의 미충족 요구를 조사하였다. 38%의 대상자는 분노, 우울 등 환자의 감정을 조절하는 데 도움이 필요하다 하였고, 31%는 가족 당사자의 정서적 스트레스 관리, 27%는 진단과 관련된 정보, 26%는 그들이 겪는 문제에 대해 대화할 수 있는 사람이 필요하다고 하였다. 따라서, 여전히 많은 수의 암환자 가족이 다양한 문제에 대한 충족되지 못한 요구가 있다고 보고하였다(Printz, 2011).

이상에서, 암환자 가족은 치료와 관련된 정보 영역에 대한 요구와 불안, 우울 등 심리적 문제에 대한 정서적 요구가 높았다. 또한, 최근 들어, 의료환경의 변화에 따라 가정에서 증상이나 문제를 해결하는데 필요한 정보에 대한 요구가 높아지고 있다.

이러한 암환자 가족의 요구는 다양한 요인에 의해 영향을 받는다. 선행연구에서 암환자 가족이 여자인 경우, 교육 수준이 높을수록, 연령이 낮을수록, 의료비 부담 등 경제적 부담이 높을수록 요구가 증가한다 하였다(김춘길, 1998; 이현미, 2011; 함단옥, 2004; Kim et al., 2010). 또한, 주 돌봄 제공자가 배우자인 경우와 직업이 없는 경우가 다른 가족의 도움을 받기가 어려워 요구가 증가한다 하였다(Given et al., 2001).

## 2. 암환자 가족의 삶의 질

간호는 궁극적으로 대상자가 신체적, 심리적, 사회적, 영적인 차원에서 최적의 안녕 상태에 도달하도록 돕는 것이라고 볼 때 삶의 질 개념은 간호 학문에서 핵심적인 주요 개념이라 할 수 있다(Ferrell et al., 1995).

의료 환경의 변화로 외래 중심 치료가 증가함에 따라 암환자를 돌보는 가족의 부담이 증가되고 있고, 이는 가족의 삶의 질에 부정적 영향을 미치고 있다(Kitrungrote & Cohen, 2006). 암환자 가족은 환자를 돌보는 역할을 기꺼이 수용함으로써 과도한 역할로 인해 스트레스와(김미영과 홍미순, 2002; 이현미, 2011; 홍민주 등, 2012), 부담감(김선희, 2003; 박연환과 현혜진, 2000; 어정민, 2004)을 경험한다. 이런 부담감과 스트레스는 암환자 가족의 삶의 질과 유의한 상관관계 있어, 부담감이나 스트레스가 높을수록 삶의 질은 낮아진다고 하였다(양은영, 2006; 어정민, 2004; 이현미, 2011).

삶의 질은 신체적, 심리적, 사회적, 경제적, 영적인 측면 등 다양한 측면에서 고려 되어야 한다(Kitrungrote & Cohen, 2006). 암환자 가족은 피로감, 수면 장애, 식욕 저하 등의 신체적 증상을 경험한다. 또한 스트레스, 분노, 신경 쇠약 등의 심리적 문제를 경험하기도 한다. 두경부암 환자의 배우자를 대상으로 한 연구에서 대상자는 임상적 진단이 가능할 정도의 불안 수준을 보였다고 하였다(Vickery, Latchford, Hewison, Bellew & Feber, 2003). 말기 유방암 환자의 가족을 대상으로 시행한 연구에서 주 돌봄 제공자가 딸인 경우 남편인 경우에 비해 우울이나 불안 수준이 높았다고 하였다(Bernard & Guarnaccia, 2003).

성생활 관련 문제도 암환자 가족의 삶의 질 조사에서 점수가 낮게 나오는 항목 중 하나이다. 암환자의 배우자는 성 기능 저하, 성생활 감소 등의 문제를 경험하고, 이에 대한 정보를 필요로 한다 하였다(Crowe & Costello, 2003).

암환자 가족의 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 가족의 일반적 특성, 환자 관련 특성, 돌봄 관련 요인, 사회적 지지 등이다(Kitrungrote & Cohen,

2006). 가족의 일반적 특성은 연령, 성별, 교육 수준, 의료비 부담, 수입 등이었고(Kim et al., 2010; 어정민, 2004; 이현미, 2011), 돌봄 관련 요인은 평상시 환자와의 관계, 환자와 동거 여부, 돌봄 기간 등 이었다(양은영, 2006). 환자 관련 특성은 환자의 증상 정도, 환자의 질병 진행 정도 등이었다(어정민, 2004). 생명 연장, 증상 완화 목적으로 치료를 받는 암환자의 가족은 완치 목적으로 치료를 받는 암환자의 가족에 비해 삶의 질이 낮았다고 하였다(Weitzner, McMillan & Jacobsen, 1999).

암환자의 삶의 질과 가족의 삶의 질을 비교하여 연구한 결과는 문헌에 따라 상반된 결과를 보이고 있다. 재발한 유방암 환자와 배우자, 암 생존자와 배우자의 삶의 질을 비교한 연구에서 배우자의 삶의 질은 환자보다 높았다고 하였다(Northouse et al., 2002; Tuinman et al., 2004). 하지만, 전립선암 환자의 배우자가 환자보다 심리적 디스트레스가 더 높았고, 두경부암 환자의 배우자와 말기암 환자의 배우자는 환자보다 더 높은 불안 수준을 보였다고 하였다(Kornblith et al., 1994; Axelsson & Sjoden, 1998; Vickery et al., 2003). 암환자 가족과 일반인의 삶의 질을 비교한 연구에서는 재발한 유방암 환자의 배우자가 일반인에 비해 정신적인 건강 상태의 점수가 낮았다고 하였다(Northouse et al., 2002).

Kim 등(2010)은 미충족 요구는 삶의 질 저하와 관련이 있으므로 암환자 가족의 심리 사회적 영역의 미충족 요구를 해결하기 위한 중재, 즉 정서적 디스트레스를 관리하여 주고, 돌봄 행위에 대한 의미를 찾아 주는 중재를 통해 암환자 가족의 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것이라고 하였다. 또한 암환자 가족의 삶의 질은 환자의 질병 단계에 따라 달라 질 수 있으므로, 진단 후 경과시간, 질병 단계 등을 고려하여 연구를 수행하여야 한다고 하였다(Kitrungrote & Cohen, 2006).

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 암환자 가족을 대상으로 미충족 요구와 삶의 질의 정도를 파악하고, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

#### 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 서울 소재 일개 종합병원의 종양내과센터 외래를 방문한 암환자의 가족을 대상으로 하였으며, 구체적인 연구 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 암환자가 주 돌봄 제공자로 지정한 가족 구성원
- 2) 20세 이상의 성인
- 3) 한글로 설문지를 읽고, 이해하고 답할 수 있는 자
- 4) 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기로 동의한 자

연구의 검정력 확보를 위해 필요한 대상자수는 G-power 3.1 프로그램을 통해 계산하였다. 다중회귀분석을 기준으로 중간 정도의 효과 크기 .15, 유의수준 ( $\alpha$ )은 .05, 검정력( $1-\beta$ )은 .8, 예측 변수를 7개로 했을 때 연구에 필요한 대상자수는 103명이었다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 대상자의 일반적 특성 및 환자관련 특성

문헌고찰을 통해 구성된 설문지를 사용하여 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성을 파악하였다. 대상자의 일반적 특성에는 성별, 연령, 환자와의 관계, 환자와 동거 여부, 교육수준, 종교 유무, 직업 유무, 가구소득, 실제 부담하는 의료비, 돌봄 기간을 포함하였다. 대상자가 돌봄을 제공하는 암환자관련 특성에는 환자 연령, 진단명, 병기, 치료 방법, 질병단계 등을 포함하였다. 질병 단계는 연구자가 의무기록을 참조하여 ‘치료 단계’, ‘완화 의료 단계’, ‘추후 관리 단계’로 구분하였다. ‘치료 단계’는 암 진단 시기를 포함하여 재발위험 감소, 완치 등의 목적으로 항암화학요법, 방사선 등 적극적인 치료를 받는 시기, ‘추후관리 단계’는 암이 호전되어 치료가 종료되고 추적 관찰을 하는 시기, ‘완화의료 단계’는 여러 치료에도 불구하고, 암이 계속 악화되어 생명연장, 증상완화의 목적으로 치료를 받거나, 더 이상의 치료는 중단하고 통증조절 등 증상 완화만 받고 있는 시기이다.

#### 2) 미충족 요구

미충족 요구를 측정하기 위해 Shin 등(2011)이 개발하여 신뢰도, 타당도를 검증한 Comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers (CNAT-C)를 저자의 허가를 받은 후 사용하였다. CNAT-C는 건강관리·심리적 요구 6문항, 가족·사회적 관계 요구 5문항, 의료진 관련 요구 8문항, 정보·교육 요구 8문항, 종교·영적 요구 2문항, 병원 시설·서비스 요구 4문항, 사회적 지지 요구 8문항의 총 7개 하부 영역의 41문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 ‘필요 없다’ 0점에서 ‘많이 필요하다’ 3점까지 4점의 Likert척도로 측정하도록 되어있으며, 총점은 0-123점 범위이다. 점수가 높을수록 미충족 요구가 높음을 의미한다. 각 문항의 내용에 대해 해당사항이



없거나, 필요 없거나, 필요했지만 이미 도움을 받고 있는 경우 모두 ‘필요 없다’로 체크하도록 되어 있다. 본 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha = .96$ 이었고, 하부영역의 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha = .75$ 부터  $.95$ 까지였다. 본 연구에서 Cronbach’s  $\alpha = .96$ 이었고, 하부영역 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha = .80$ 부터  $.94$ 까지였다.

### 3) 암환자 가족의 삶의 질

삶의 질을 측정하기 위하여 Weitzner 등(1999)이 개발하고 Rhee 등(2005)이 한국어로 번역하여 신뢰도와 타당도를 검증한 Korean version of caregiver quality of life index-cancer(CQOLC-K)를 저자에게 허가를 받은 후 이용하였다. CQOLC-K는 부담감에 대한 항목 10문항, 분열성에 대한 항목 7문항, 긍정적 적응에 대한 항목 7문항, 재정적 문제에 대한 항목 3문항, 그리고 기타 8개의 독립된 문항까지 총 35문항으로 구성되어 있다. 긍정적 적응과 성생활, 질병 설명 청취를 제외한 26문항이 역문항이어서 역환산 처리하였다. ‘전혀 아님’ 0점부터 ‘아주 많음’ 4점까지 5점의 Likert척도로 측정하며, 총점은 0-140점 범위이다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. Rhee 등(2005)의 연구에서 Cronbach’s  $\alpha = .90$ 이었고, 본 연구에도 Cronbach’s  $\alpha = .90$ 이었다. 하부영역 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha = .79$ 부터  $.87$ 까지였다.

## 4. 자료수집절차

자료수집은 2013년 10월 16일부터 10월 25일까지 서울소재 한 종합병원의 중앙내과센터 외래를 방문한 암환자의 가족 중에 본 연구의 대상자 선정기준에 부합되는 대상자에게 편의 표집 방법으로 시행하였다.

자료 수집 전에 연구자는 7명의 연구 보조원에게 연구 목적, 절차 등을 설명하고, 본 연구의 대상자 선정기준, 설문 작성법 등을 교육하였다. 연구 보조원은 대상자 선정기준에 부합되는 연구 대상자에게 연구의 목적, 절차, 연구 참여로 얻게 되는 이점 등을 설명한 후, 대상자가 연구 참여에 동의 하면 설문지를 배포하였다.

대상자가 설문 작성에 소요되는 시간은 약 20분이었고, 설문 작성을 완료한 대상자에게는 소정의 선물을 제공하였다.

총 240부의 설문지가 배포되었고, 205부가 회수되었다. 회수된 설문지 중 7부는 누락된 항목이 전체 문항의 10%를 초과하여 제외하였고, 4부는 암환자 가족이 아닌 암환자가 작성하여 제외하였고, 3부는 설문 중간에 대상자가 연구 참여를 거부하여 제외하였다. 따라서, 회수된 205부의 설문지 중에 14부가 제외되어, 총 191부의 설문지를 분석하였다.

## 5. 연구의 윤리적 고려

본 연구는 연구를 시행하는 병원의 의학연구윤리심의위원회의 승인을 받고(IRB number: H-1309-030-517), 간호본부로부터 자료수집 허락을 받은 후 시행하였다. 자료 수집 전 대상자에게 어떠한 내용의 연구인지 충분히 설명하고, 연구 참여 동의 후에 설문지를 배부하였다. 설문지 배부 시 대상자에게 설문 도중 언제든지 그만 둘 수 있다는 것과 개인 정보는 수집하지 않는다는 것을 설명하였다. 연구 참여를 위한 서면 동의서에는 연구의 목적, 절차, 연구 참여로 얻게 되는 이점, 연구자 연락처, 언제든지 연구 참여를 거부할 수 있는 권리 등을 명시하였고, 설문 내용은 연구 목적으로만 사

용되며, 피험자 권리에 대한 의문이 있을 경우 의학연구윤리심의위원회로 연락할 수 있다는 내용도 명시하였다.

수집된 자료는 개인 신상을 확인할 수 있는 내용은 삭제 후 별도의 식별자로 구분하여 저장하였고, 자물쇠가 달린 서랍장에 보관하여 연구자 이외의 사람이 접근하지 못하도록 하였다. 자료의 내용이 담겨 있는 파일은 비밀번호를 설정하여 연구자만 사용할 수 있도록 하였다. 연구 종료 후 수집된 자료는 모두 분쇄 폐기하였다.

## 6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 21.0을 이용하여 분석하였고, 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 환자 관련 특성, 미충족 요구, 삶의 질은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계를 사용하여 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성, 환자 관련 특성에 따른 미충족 요구, 삶의 질의 차이는  $\chi^2$ -test, t-test, one-way ANOVA로 분석하고 필요 시 Scheffe 사후검정을 실시하였다.
- 3) 미충족 요구와 삶의 질 간의 상관성을 파악하기 위하여 Pearson's correlation coefficient를 시행하였다.
- 4) 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 미충족 요구의 7개 하부영역을 독립변수로 투입하여 단계적 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 시행하였다.
- 5) 연구 도구의 신뢰도 분석은 Cronbach's  $\alpha$ 로 측정하였다.
- 6) 모든 분석에서 유의수준은 .05로 하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성

#### 1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 여성이 113명(59.2%)으로 많았고, 연령은 20세부터 75세까지 범위로 평균 연령은 49.06( $\pm$ 12.35)세이었으며, 이 중에서 40~49세, 50~59세가 각각 58명(30.4%)으로 가장 많았고 60세 이상이 38명(19.9%), 30세 이하가 37명(19.4%)이었다. 환자와의 관계는 배우자가 98명(51.3%), 자녀가 53명(27.7%)이었다. 환자와 같은 집에 거주하는 대상자가 140명(73.3%)이었다. 교육 수준은 대학 졸업 이상이 100명(52.4%)이었고, 중학교 졸업 이하가 22명(11.5%)이었다. 대부분 종교를 가지고 있었고(71.2%), 직업이 있는 대상자가 102명(53.4%)이었다. 월 평균 가구소득은 100만원~300만원 사이가 74명(38.7%)로 많았고, 100만원 미만인 대상자도 25명(13.1%)이었다. 실제 부담하는 월 평균 의료비는 100만원 미만인 경우가 152명(79.6%)이었다. 돌봄 기간은 1년 미만이 119명(62.3%)으로 가장 많았고, 5년 이상인 경우는 10명(5.2%)이었다.

Table 1. Characteristics of the participants

(N=191)

Variable	Category	n	(%)
Gender	Male	78	(40.8)
	Female	113	(59.2)
Age(years) Mean±SD=49.06±12.35	≤39	37	(19.4)
	40-49	58	(30.4)
	50-59	58	(30.4)
	≥60	38	(19.9)
Relationship with patient	Spouse	98	(51.3)
	Parent	26	(13.6)
	Children	53	(27.7)
	Others	14	(7.4)
Living with patient	Yes	140	(73.3)
	No	51	(26.7)
Education	≤Middle school	22	(11.5)
	High school	69	(36.1)
	≥College	100	(52.4)
Religion	Yes	136	(71.2)
	No	55	(28.8)
Employment	Yes	102	(53.4)
	No	89	(46.6)
Monthly household income (million won)	<1	25	(13.1)
	1-3	74	(38.7)
	3-5	54	(28.3)
	>5	38	(19.9)
Monthly medical expenses (million won)	<1	152	(79.6)
	1-3	29	(15.2)
	3-5	7	(3.7)
	>5	3	(1.6)
Duration of care (years)	<1	119	(62.3)
	1-3	53	(27.7)
	3-5	9	(4.7)
	>5	10	(5.2)

## 2) 환자관련 특성

대상자가 돌봄을 제공하고 있는 암환자의 평균 연령은 56.85( $\pm$ 12.85)세로, 18세부터 86세까지 범위였다. 진단명은 유방암과 폐암이 각각 52명(27.2%)으로 가장 많았으며, 그 다음이 림프종(10.5%)과 대장암(8.4%) 순이었다. 환자의 병기는 초기 35명(18.3%), 진행기 79명(41.4%), 말기 61명(31.9%)이었고, 16명의(8.4%) 대상자는 환자의 병기를 모른다고 대답하였다. 환자의 질병단계는 완치나 재발 위험의 경감 목적으로 적극적인 치료를 받고 있는 ‘치료 단계’ 환자가 76명(39.8%)이었고, 치료가 종료되어 추적관찰을 하고 있는 ‘추후관리 단계’ 환자가 33명(17.3%)이었다. 계속된 치료에도 불구하고 암이 악화되어 생명연장과 증상 완화의 목적으로 치료를 받고 있는 ‘완화의료 단계’ 환자는 82명(42.9%)이었다. 환자가 현재 받고 있는 치료는 항암화학요법이 145명(75.9%)으로 대부분을 차지하였다.

Table 2. Characteristics of the patients

(N=191)

Variable	Category	n	(%)
Age(years)	≤49	53	(27.7)
	50-59	61	(31.9)
	60-69	47	(24.6)
	≥70	30	(15.7)
Mean±SD =56.85±12.85			
Cancer type	Breast cancer	52	(27.2)
	Lung cancer	52	(27.2)
	Lymphoma	20	(10.5)
	Colon cancer	16	(8.4)
	Stomach cancer	11	(5.8)
	Others	40	(20.9)
Cancer stage	Early stage	35	(18.3)
	Advanced stage	79	(41.4)
	Terminal stage	61	(31.9)
	Unknown	16	(8.4)
Cancer trajectory	Treatment stage	76	(39.8)
	Palliative stage	82	(42.9)
	Follow up disease-free status	33	(17.3)
Current treatment	Chemotherapy	145	(75.9)
	Others	46	(24.1)

## 2. 대상자의 미충족 요구와 삶의 질 정도

### 1) 미충족 요구

본 연구에서 대상자의 미충족 요구는  $61.30 \pm 26.62$ 점으로 나타났다 (Table 3). 하부 영역 중에서 미충족 요구가 가장 높게 나타난 영역은 의료진 관련 요구(1.94점), 정보·교육 요구(1.84점), 병원 시설·서비스 요구(1.56점) 순이었다. 세부 항목의 평균 점수는  $1.50 \pm 0.65$ 점으로 최저 0.83점에서 최고 2.32점 범위였다. 점수가 가장 높았던 항목은 ‘환자가 필요할 때 의사를 빠르고 쉽게 만날 수 있길 원했다’이었다. 다음으로 ‘현재 환자의 질병 상태와 향후 진행경과에 대한 정보가 필요했다’와 ‘의사가 쉽고 자세하게 솔직히 설명해 주길 원했다’ 항목의 점수가 높았다.

‘필요 없다’라고 응답한 비율이 높게 나타난 영역은 종교·영적 요구(43.0%), 가족·사회적 관계 요구(39.1%)였다. 세부 항목에서는 ‘환자가 집 가까이서 치료 받을 수 있었으면 했다’와 ‘병원이나 집에서 간병인이 필요했다’의 점수가 낮았다.



Table 3. Scores of unmet needs

(N=191)

Domain/Item	No or met need n(%)	Low need n(%)	Moderate need n(%)	High need n(%)	Mean±SD
<b>Health and psychological problems</b>					
1. My own health problems	57.8(30.3)	50.0(28.8)	43.3(22.7)	33.0(17.3)	1.27±0.86
2. Concerns about the patient	60(31.4)	55(28.8)	47(24.6)	28(14.7)	1.23±1.05
3. Depression	29(15.2)	52(27.2)	57(29.8)	52(27.2)	1.69±1.03
4. Feelings of anger, irritability, or nervousness	56(29.3)	28(30.4)	44(23.0)	31(16.2)	1.26±1.06
5. Loneliness or feelings of isolation	75(39.3)	54(28.3)	32(16.8)	28(14.7)	1.07±1.08
6. Feelings of vague anxiety	78(40.8)	47(24.6)	40(20.9)	26(13.6)	1.07±1.08
<b>Family/social support</b>					
7. Help with patient overdependence	49(25.7)	64(33.5)	40(20.9)	33(17.3)	1.31±1.05
8. Help with patient lack of appreciation of the caregiving	74.6(39.1)	58.8(30.8)	36.0(18.9)	21.2(11.1)	1.02±0.83
9. Help with difficulties in family relationships after cancer diagnosis	69(36.1)	67(35.1)	33(17.3)	22(11.5)	1.04±1.00
10. Help with difficulties in interpersonal relationship after cancer diagnosis	85(44.5)	55(28.8)	34(17.8)	16(8.4)	0.90±0.98
11. Help with my own relaxation and my personal life	83(43.5)	49(25.7)	34(17.8)	25(13.1)	1.01±1.07
<b>Healthcare staff</b>					
12. Being respected and treated as a person according to my doctor	84(44.0)	58(30.4)	32(16.8)	16(8.4)	0.89±0.97
13. Doctor to be clear, specific, and honest in his/her explanation	52(27.2)	65(34.0)	47(24.6)	27(14.1)	1.26±1.01
14. Seeing doctor quickly and easily when in need	21.1(11.1)	42.0(22.0)	54.8(28.7)	73.0(38.2)	1.94±0.84
15. Being involved in the decision-making process in choosing any tests or treatments that the patient receive	17(8.9)	36(18.8)	61(31.9)	77(40.3)	2.04±0.98
16. Cooperation and communication among health-care staff	14(7.3)	32(16.8)	52(27.2)	93(48.7)	2.17±0.96
17. Sincere interest and empathy from my nurse	6(3.1)	33(17.3)	46(24.1)	106(55.5)	2.32±0.87
18. Nurses to explain treatment or care that is being given to the patient	23(12.0)	43(22.5)	69(36.1)	56(29.3)	1.83±0.99
19. Nurses to promptly attend to patient discomfort and pain	30(15.7)	50(26.2)	56(29.3)	54(28.3)	1.71±1.05
<b>Information</b>					
20. Information about the current status of a patient's illness and its future course	28(14.7)	47(24.6)	60(31.4)	56(29.3)	1.75±1.03
21. Information about tests and treatment	26(13.6)	54(28.3)	50(26.2)	61(31.9)	1.76±1.05
22. Information about caring for the patient (symptom management, diet, exercise, etc.)	25(13.1)	41(21.5)	44(23.0)	81(42.4)	1.95±1.08
23. Guidelines or information about complementary and alternative medicine	30.5(16.0)	37.6(19.7)	53.6(28.1)	68.5(35.9)	1.84±0.80
24. Information about hospitals or clinics and physicians who treat cancer	11(5.8)	29(15.2)	51(26.7)	100(52.4)	2.26±0.92
25. Information about financial support for medical expenses, either from government and/or private organizations	14(7.3)	31(16.2)	65(34.0)	81(42.4)	2.12±0.93
26. Help with communication with the patient and/or other family members	12(6.3)	35(18.3)	60(31.4)	84(44.0)	2.13±0.93
27. Information about caregiving related stress management	29(15.2)	38(19.9)	49(25.7)	75(39.3)	1.89±1.09
	35(18.3)	41(21.5)	53(27.7)	59(30.9)	1.72±1.10
	30(15.7)	37(19.4)	51(26.7)	73(38.2)	1.87±1.09
	62(32.5)	46(24.1)	46(24.1)	36(18.8)	1.29±1.12
	51(26.7)	44(23.0)	54(28.3)	40(20.9)	1.44±1.10

Table 3. Scores of unmet needs(continued)

(N=191)

Domain/Item	No or met need n(%)	Low need n(%)	Moderate need n(%)	High need n(%)	Mean±SD
<b>Religious/spiritual support</b>					
28. Religious support	82.0(43.0)	47.0(24.6)	38.5(20.2)	23.5(12.3)	1.02±0.96
29. Help in finding the meaning of my situation and coming to terms with it	97(50.8)	40(20.9)	30(15.7)	24(12.6)	0.90±1.08
	67(35.1)	54(28.3)	47(24.6)	23(12.0)	1.14±1.03
<b>Hospital facilities and services</b>	40.3(21.2)	45.5(23.8)	44.5(23.3)	60.3(31.6)	1.56±0.81
30. A designated hospital staff member who would be able to provide counseling for any concerns, and guidance with the course of the treatment, from the point of diagnosis to the period after discharge	17(8.9)	40(20.9)	59(30.9)	75(39.3)	2.01±0.98
31. Guidance about hospital facilities and services	26(13.6)	44(23.0)	46(24.1)	75(39.3)	1.51±1.00
32. Need for space reserved for caregivers	26(13.6)	44(23.0)	46(24.1)	75(39.3)	1.89±1.08
33. A visiting nurse service for home	92(48.2)	54(28.3)	27(14.1)	16(8.4)	0.83±0.97
<b>Practical support</b>	67.4(35.3)	44.3(23.2)	36.5(19.1)	42.1(22.1)	1.28±0.81
34. Opportunity to share experiences or information with other caregivers	50(26.2)	75(39.3)	38(19.9)	28(14.7)	1.23±1.00
35. Welfare services (e.g. psychological counseling) for caregivers	41(21.5)	57(29.8)	45(23.6)	48(25.1)	1.52±1.09
36. Transportation service for getting to and from the hospital	55(28.8)	35(18.3)	36(18.8)	63(33.0)	1.57±1.23
37. Treatment near home	53(27.7)	49(25.7)	31(16.2)	54(28.3)	1.46±1.18
38. Lodging near hospital where the patient is treated	99(51.8)	21(11.0)	28(14.7)	43(22.5)	1.08±1.25
39. Help with the economic burden caused according to cancer	60(31.4)	37(19.4)	46(24.1)	48(25.1)	1.43±1.18
40. Someone to help me with housekeeping and/or child care	82(42.9)	40(20.9)	35(18.3)	34(17.8)	1.11±1.15
41. Assisted care in hospital or at home	99(51.8)	40(20.9)	33(17.3)	19(9.9)	0.85±1.04
<b>Total scores</b> 61.30±26.62	<b>Total means±SD 1.50±0.65</b>				

## 2) 삶의 질

본 연구에서 대상자의 삶의 질은 평균  $74.62 \pm 20.54$ 점이었다(Table 4). 하부 영역에서 삶의 질 평균 점수가 가장 낮았던 영역은 성생활(1.23점)이었고, 부담감(1.95점), 통증 관리(2.01점), 긍정적 적응(2.05점)순이었다. 세부 항목의 평균 점수는 최저 0.78점부터 최고 2.99점 범위였다. 삶의 질 점수가 가장 낮았던 항목은 ‘나의 사랑하는 이가 죽는 것이 두렵다’(0.78점)이었다. 다음으로 ‘친구와 이웃으로부터 지원을 받는다’(0.94점), ‘나의 사랑하는 이가 겪게 될 지도 모르는 치료의 부작용이 두렵다’(1.16점), ‘나의 사랑하는 이의 상태가 더 악화되는 것을 보는 것이 속상하다’(1.22점) 순이었다.

반대로 삶의 질 점수가 높았던 항목은 ‘나의 관심의 초점이 나의 사랑하는 이가 병이 낫는 것에 있다는 것이 기쁘다’(2.99점), ‘죄책감이 든다’(2.75점), ‘좌절감이 든다’(2.75점)등 이었다.

Table 4. Scores of quality of life

(N=191)

<b>Domain/Item</b>	<b>Mean±SD</b>
<b>Burden</b>	<b>1.95±0.86</b>
Death of patient	0.78 ±1.13
Level of stress	1.63 ±1.29
Sadness	2.47 ±1.31
Guilt	2.78 ±1.18
Frustration	2.75 ±1.22
Nervousness	2.24 ±1.33
Impact of illness on family	1.95 ±1.25
Adverse effect of treatment	1.16 ±1.19
Deterioration of patient	1.22 ±1.34
Future outlook	2.51 ±1.31
<b>Disruptiveness</b>	<b>2.43±0.88</b>
Alteration in daily routine	2.33 ±1.13
Impact on daily schedule	2.59 ±1.17
Maintenance of outside activity	2.44 ±1.22
Patient's eating habits	2.56 ±1.17
Transportation	2.07 ±1.30
Responsibility for patient's care	2.51 ±1.26
Change in priorities	2.47 ±1.24
<b>Positive adaptation</b>	<b>2.05±0.67</b>
Outlook on life	2.18 ±1.35
Spirituality	1.48 ±1.44
Social support	0.94 ±1.15
Relationship with patient	2.45 ±1.11
Focus of caregiving	2.99 ±1.15
Family communication	2.30 ±1.13
Family support	1.98 ±1.20
<b>Financial concerns</b>	<b>2.22±1.12</b>
Financial strain	2.27 ±1.31
Concern about insurance	2.31 ±1.33
Economic future	2.08 ±1.35

Table 4. Scores of quality of life(continued)

(N=191)

<b>Domain/Item</b>	<b>Mean±SD</b>
<b>Single items</b>	
Disruption of sleep	2.42±1.20
Satisfaction with sexual functioning	1.23±1.21
Day-today focus	2.28±1.25
Mental strain	2.23±1.26
Informed about illness	2.45±1.03
Protection of patient	2.07±1.40
Management of patient's pain	2.01±1.35
Family interest in caregiving	2.77±1.25
<b>Total scores 74.62±20.54</b>	<b>Total means 2.14±0.59</b>

### 3. 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성에 따른 미충족 요구와 삶의 질

#### 1) 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성에 따른 미충족 요구

대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 요구를 분석한 결과 월 평균 의료비 지출액에 따라 미충족 요구가 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p=.040$ ) (Table 5).

환자 관련 특성에 따른 미충족 요구를 분석한 결과 환자 연령( $p=.023$ ), 병기( $p=.011$ )에 따라 미충족 요구가 통계적으로 유의하게 차이가 있었다. 사후 검정에서 환자 연령이 49세 이하인 집단이 60-69세인 집단 보다 미충족 요구가 높았다. 또, 환자의 병기가 진행기인 경우 초기인 경우보다 미충족 요구가 높았다(Table 6).

Table 5. Unmet needs according to the characteristics of the participants (N=191)

Characteristic	n(%)	Mean±SD	F or t	p
Gender			-.369	.713
Male	78(40.8)	60.4±27.2		
Female	113(59.2)	61.9±26.3		
Age(years)			1.421	.238
≤39	37(19.4)	61.2±27.3		
40-49	58(30.4)	62.7±24.9		
50-59	58(30.4)	64.9±26.0		
≥60	38(19.9)	53.8±29.0		
Relationship			.421	.738
Spouse	98(51.3)	60.7±27.0		
Parent	26(13.6)	61.4±26.1		
Children	53(27.7)	60.2±26.9		
Others	14(7.4)	68.9±25.6		
Living with patient			.915	.361
Yes	140(73.3)	62.4±26.4		
No	51(26.7)	58.4±27.1		
Education			.508	.602
≤middle school	22(11.5)	63.7±23.9		
High school	69(36.1)	63.2±25.1		
≥college	100(52.4)	59.4±28.3		
Religion			1.610	.109
Yes	136(71.2)	63.3±27.0		
No	55(28.8)	56.4±25.2		
Employment			1.294	.197
Yes	102(53.4)	63.6±26.9		
No	89(46.6)	58.6±26.2		
Income (million won)			2.101	.102
<1	25(13.1)	55.5±28.8		
1-3	74(38.7)	62.6±28.3		
3-5	54(28.3)	66.9±22.1		
>5	38(19.9)	54.6±26.5		
Medical expenses(million won)			2.822	.040*
<1	152(79.6)	59.9±26.8		
1-3	29(15.2)	68.9±23.9		
3-5	7(3.7)	47.9±25.4		
>5	3(1.6)	90.7±9.7		
Duration of care(years)			1.894	.132
<1	119(62.3)	63.0±24.5		
1-3	53(27.7)	55.1±27.7		
3-5	9(4.7)	61.1±31.9		
>5	10(5.2)	73.8±36.0		

\*  $p < .05$

Table 6. Unmet needs according to the characteristics of the patients (N=191)

Characteristic	n(%)	Mean±SD	F or t	p	Scheffe
Age(years)			3.267	.023*	
≤49(a)	53(27.7)	69.1±24.0			a>c
50-59(b)	61(31.9)	60.7±25.0			
60-69(c)	47(24.6)	52.7±30.8			
≥70(d)	30(15.7)	62.2±24.2			
Cancer type			0.754	.584	
Breast	52(27.2)	57.9±26.0			
Lung	52(27.2)	62.9±26.0			
Lymphoma	20(10.5)	69.6±22.4			
Colon	16(8.4)	62.5±32.3			
Stomach	11(5.8)	54.3±26.1			
Others	40(20.9)	60.9±28.2			
Cancer stage			3.824	.011*	
Early stage(a)	35(18.3)	49.1±26.3			a<b
Advanced stage(b)	79(41.4)	65.1±23.9			
Terminal stage(c)	61(31.9)	60.9±27.0			
Unknown(d)	16(8.4)	70.7±31.7			
Cancer trajectory			.189	.828	
Treatment stage	76(39.8)	62.5±25.2			
Palliative stage	82(42.9)	61.1±28.2			
Follow up disease-free status	33(17.3)	59.1±26.2			
Current Treatment			-.270	.788	
Chemotherapy	145(75.9)	61.0±27.1			
Others	46(24.1)	62.2±25.2			

\*  $p < .05$



## 2) 대상자의 일반적 특성과 환자관련 특성에 따른 삶의 질

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질을 분석한 결과 환자와 같은 집에 거주하는 대상자의 삶의 질이 다른 집단에 비해 통계적으로 유의하게 낮았다( $p=.009$ )(Table 7). 가구 소득에 따라서도 삶의 질에 차이가 있었고( $p=.006$ ), 월 가구소득이 300만원 미만인 집단이 500만원 이상인 그룹에 비해 삶의 질이 낮았다. 돌봄 기간에 따라 대상자의 삶의 질이 통계적으로 유의하게 차이가 있었다( $p=.006$ ). 사후 검정을 통해 분석한 결과 5년 이상 경과한 그룹이 다른 그룹에 비해 삶의 질이 낮았다.

환자의 특성에 따른 삶의 질을 분석한 결과 환자연령( $p=.032$ ), 병기( $p=.008$ )에 따라 유의하게 차이가 있었다(Table 8). 환자의 병기가 초기인 그룹이 진행기, 말기인 그룹보다 삶의 질이 높았다.

Table 7. Quality of life according to the characteristics of the participants

(N=191)

Characteristic	n(%)	Mean±SD	F or t	p	Scheffe
Gender			1.528	.128	
Male	78(40.8)	77.3±19.0			
Female	113(59.2)	72.7±21.4			
Age(years)			0.917	.434	
≤39	37(19.4)	78.9±23.7			
40-49	58(30.4)	72.6±19.4			
50-59	58(30.4)	75.5±21.6			
≥60	38(19.9)	72.3±17.0			
Relationship			0.617	.605	
Spouse	98(51.3)	72.8±19.1			
Parent	26(13.6)	76.2±17.5			
Children	53(27.7)	76.2±23.4			
Others	14(7.4)	78.9±24.6			
Live together			-2.638	.009*	
Yes	140(73.3)	72.3±20.1			
No	51(26.7)	81.0±20.5			
Education			2.004	.138	
≤middle school	22(11.5)	67.3±18.0			
High school	69(36.1)	73.9±18.6			
≥college	100(52.4)	76.7±22.1			
Religion			-1.512	.132	
Yes	136(71.2)	73.2±20.9			
No	55(28.8)	78.1±19.4			
Employment			0.306	.760	
Yes	102(53.4)	75.0±20.7			
No	89(46.6)	74.1±20.4			
Income(million won)			4.320	.006*	
<1 (a)	25(13.1)	67.5±20.9			a<d
1-3 (b)	74(38.7)	72.8±22.7			b<d
3-5 (c)	54(28.3)	73.6±17.9			
>5 (d)	38(19.9)	84.4±16.3			
Medical expenses (million won)			0.692	.558	
<1	152(79.6)	75.0±20.6			
1-3	29(15.2)	72.4±18.7			
3-5	7(3.7)	80.4±28.0			
>5	3(1.6)	62.0±18.4			
Duration of care (years)			4.244	.006*	
<1 (a)	119(62.3)	74.8±20.2			a>d
1-3 (b)	53(27.7)	77.3±19.9			b>d
3-5 (c)	9(4.7)	79.7±20.0			c>d
>5 (d)	10(5.2)	53.4±18.4			

\*  $p < .05$

Table 8. Quality of life according to the characteristics of the patients (N=191)

Characteristic	n(%)	Mean±SD	F or t	p	Scheffe
Age(years)			2.988	.032*	
≤49	53(27.7)	71.3±18.1			
50-59	61(31.9)	79.0±20.8			
60-69	47(24.6)	77.3±19.8			
≥70	30(15.7)	67.4±23.2			
Cancer type			.623	.683	
Breast	52(27.2)	77.0±19.9			
Lung	52(27.2)	73.2±22.3			
Lymphoma	20(10.5)	72.0±16.7			
Colon	16(8.4)	68.6±22.7			
Stomach	11(5.8)	77.5±22.7			
Others	40(20.9)	76.3±19.7			
Cancer stage			4.024	.008*	
Early stage (a)	35(18.3)	85.1±16.2			
Advanced stage (b)	79(41.4)	72.6±20.9			a>b
Terminal stage (c)	61(31.9)	72.6±21.4			a>c
Unknown (d)	16(8.4)	69.4±17.8			
Cancer trajectory			1.708	.184	
Treatment stage	76(39.8)	76.3±19.0			
Palliative stage	82(42.9)	71.6±22.4			
Follow up disease- free status	33(17.3)	78.4±18.5			
Current Treatment			.285	.776	
Chemotherapy	145(75.9)	74.9±20.7			
Others	46(24.1)	73.9±20.1			

\*  $p < .05$

## 4. 미충족 요구와 삶의 질 간의 상관관계

### 1) 미충족 요구와 삶의 질 간의 상관관계

미충족 요구와 삶의 질의 영역별 상관관계를 분석하였다(Table 9). 전체 미충족 요구와 전체 삶의 질은  $r=-.604(p<.01)$ 로 높은 음의 상관관계를 보였다. 미충족 요구의 하부영역과 삶의 질의 상관관계는 건강관리·심리적 요구는  $r=-.596(p<.01)$ , 가족·사회적 관계 요구는  $r=-.588(p<.01)$ , 사회적 지지 요구  $r=-.557(p<.01)$ 으로 중간 정도의 음의 상관관계를 보였다. 전체 미충족 요구 점수는 삶의 질 하부영역 중에 분열성  $r=-.632(p<.01)$ , 부담감  $r=-.558(p<.01)$ , 긍정적 적응  $r=-.550(p<.01)$ 과 중간 정도 이상의 음의 상관관계를 보였다.

Table 9. Correlations between unmet needs and quality of life

Unmet needs																					Quality of life									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21									
1	1																													
2	.755 <sup>ab</sup>	1																												
3	.391 <sup>ab</sup>	.349 <sup>ab</sup>	1																											
4	.467 <sup>ab</sup>	.417 <sup>ab</sup>	.783 <sup>ab</sup>	1																										
5	.481 <sup>ab</sup>	.331 <sup>ab</sup>	.326 <sup>ab</sup>	.401 <sup>ab</sup>	1																									
6	.409 <sup>ab</sup>	.381 <sup>ab</sup>	.651 <sup>ab</sup>	.710 <sup>ab</sup>	.395 <sup>ab</sup>	1																								
7	.489 <sup>ab</sup>	.478 <sup>ab</sup>	.552 <sup>ab</sup>	.643 <sup>ab</sup>	.401 <sup>ab</sup>	.720 <sup>ab</sup>	1																							
8	.728 <sup>ab</sup>	.679 <sup>ab</sup>	.810 <sup>ab</sup>	.868 <sup>ab</sup>	.543 <sup>ab</sup>	.801 <sup>ab</sup>	.826 <sup>ab</sup>	1																						
9	.549 <sup>ab</sup>	.438 <sup>ab</sup>	.329 <sup>ab</sup>	.445 <sup>ab</sup>	.392 <sup>ab</sup>	.394 <sup>ab</sup>	.474 <sup>ab</sup>	.558 <sup>ab</sup>	1																					
10	.573 <sup>ab</sup>	.585 <sup>ab</sup>	.347 <sup>ab</sup>	.469 <sup>ab</sup>	.401 <sup>ab</sup>	.479 <sup>ab</sup>	.579 <sup>ab</sup>	.632 <sup>ab</sup>	.701 <sup>ab</sup>	1																				
11	.427 <sup>ab</sup>	.454 <sup>ab</sup>	.317 <sup>ab</sup>	.419 <sup>ab</sup>	.254 <sup>ab</sup>	.440 <sup>ab</sup>	.586 <sup>ab</sup>	.550 <sup>ab</sup>	.523 <sup>ab</sup>	.527 <sup>ab</sup>	1																			
12	.094	-.022	.271 <sup>ab</sup>	.198 <sup>ab</sup>	.289 <sup>ab</sup>	.263 <sup>ab</sup>	.183 <sup>ab</sup>	.229 <sup>ab</sup>	.275 <sup>ab</sup>	.131	-.054	1																		
13	-.417 <sup>ab</sup>	-.331 <sup>ab</sup>	-.135	-.223 <sup>ab</sup>	-.209 <sup>ab</sup>	-.211 <sup>ab</sup>	-.281 <sup>ab</sup>	-.330 <sup>ab</sup>	.432 <sup>ab</sup>	.607 <sup>ab</sup>	.314 <sup>ab</sup>	-.053	1																	
14	-.077	-.122	.040	.081	-.101	.024	.007	-.007	-.034	.067	.033	.118	.139	1																
15	-.452 <sup>ab</sup>	-.447 <sup>ab</sup>	-.246 <sup>ab</sup>	-.349 <sup>ab</sup>	-.331 <sup>ab</sup>	-.352 <sup>ab</sup>	-.419 <sup>ab</sup>	-.473 <sup>ab</sup>	.659 <sup>ab</sup>	.687 <sup>ab</sup>	.506 <sup>ab</sup>	-.171 <sup>ab</sup>	.535 <sup>ab</sup>	.067	1															
16	-.471 <sup>ab</sup>	-.422 <sup>ab</sup>	-.251 <sup>ab</sup>	-.391 <sup>ab</sup>	-.349 <sup>ab</sup>	-.388 <sup>ab</sup>	-.430 <sup>ab</sup>	-.493 <sup>ab</sup>	.791 <sup>ab</sup>	.669 <sup>ab</sup>	.460 <sup>ab</sup>	-.111	.514 <sup>ab</sup>	.028	.616 <sup>ab</sup>	1														
17	.067	.094	.167 <sup>ab</sup>	.010	.100	.102	.065	.108	-.145 <sup>ab</sup>	-.090	-.047	.394 <sup>ab</sup>	-.009	.051	-.104	-.080	1													
18	-.340 <sup>ab</sup>	-.437 <sup>ab</sup>	-.200 <sup>ab</sup>	-.256 <sup>ab</sup>	-.224 <sup>ab</sup>	-.260 <sup>ab</sup>	-.348 <sup>ab</sup>	-.379 <sup>ab</sup>	.492 <sup>ab</sup>	.626 <sup>ab</sup>	.404 <sup>ab</sup>	-.028	.344 <sup>ab</sup>	.057	.500 <sup>ab</sup>	.366 <sup>ab</sup>	-.001	1												
19	-.283 <sup>ab</sup>	-.289 <sup>ab</sup>	-.191 <sup>ab</sup>	-.262 <sup>ab</sup>	-.269 <sup>ab</sup>	-.241 <sup>ab</sup>	-.315 <sup>ab</sup>	-.337 <sup>ab</sup>	.543 <sup>ab</sup>	.593 <sup>ab</sup>	.363 <sup>ab</sup>	-.109	.361 <sup>ab</sup>	.069	.476 <sup>ab</sup>	.465 <sup>ab</sup>	-.043	.483 <sup>ab</sup>	1											
20	-.405 <sup>ab</sup>	-.494 <sup>ab</sup>	-.170 <sup>ab</sup>	-.255 <sup>ab</sup>	-.200 <sup>ab</sup>	-.224 <sup>ab</sup>	-.414 <sup>ab</sup>	-.403 <sup>ab</sup>	.402 <sup>ab</sup>	.511 <sup>ab</sup>	.401 <sup>ab</sup>	.184 <sup>ab</sup>	.286 <sup>ab</sup>	-.003	.347 <sup>ab</sup>	.419 <sup>ab</sup>	.067	.295 <sup>ab</sup>	.352 <sup>ab</sup>	1										
21	-.596 <sup>ab</sup>	-.588 <sup>ab</sup>	-.294 <sup>ab</sup>	-.451 <sup>ab</sup>	-.359 <sup>ab</sup>	-.417 <sup>ab</sup>	-.557 <sup>ab</sup>	-.604 <sup>ab</sup>	.846 <sup>ab</sup>	.877 <sup>ab</sup>	.679 <sup>ab</sup>	.074	.593 <sup>ab</sup>	.120	.738 <sup>ab</sup>	.784 <sup>ab</sup>	.038	.646 <sup>ab</sup>	.638 <sup>ab</sup>	.595 <sup>ab</sup>	1									

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

1; Health and psychological problems 2;Family/social support 3;Health-care staff 4;Information 5;Religious/spiritual support 6;Hospital facilities and services 7;Practical support 8;Total score of unmet needs 9; Burden 10;Disruptiveness 11;Positive adaptation 12;Financial concerns 13;Disruption of sleep 14;Satisfaction with sexual functioning 15;Day-today focus 16;Mental strain 17;Informed about illness 18;Protection of patient 19;Management of patient's pain 20;Family interest in caregiving 21;Total score of QoL

## 5. 삶의 질에 대한 단계별 다중회귀분석

미충족 요구와 삶의 질이 상관관계가 있음을 확인하였으므로, 미충족 요구의 7개 하부영역을 독립변수로 포함하여 단계선택 방법(stepwise method)을 이용한 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수에 대한 회귀 분석 가정을 검증한 결과 의료진 관련 요구, 정보·교육 요구, 종교·영적 요구, 병원 시설·서비스 요구는 유의하지 않은 것으로 확인 되어 제거하였다.

오차의 등분산성(homoscedasticity)과 정규성(normality)검증을 하였고, 독립변수들 간의 다중공선성(multicollinearity)의 문제를 확인하기 위해 분산팽창요인(Variance Inflation Factor, VIF)를 구하였다. 본 연구에서 분산팽창요인은 1~3범위의 값으로, 독립변수들 간에 상관관계가 없음을 확인하였고, 이로써 비다중공선성의 조건을 충족함을 확인하였다.

단계적 다중회귀분석을 통해 대상자의 전반적인 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 건강관리·심리적 요구, 사회적 지지 요구, 가족·사회적 관계 요구임을 확인하였다. 최종 회귀모형을 설정하였고, 전체 모형의 설명력은 47.6%( $R^2=.476$ )이었다. 전반적인 삶의 질은 건강관리·심리적 요구, 가족·사회적 관계 요구, 사회적 지지 요구와 음의 상관관계를 나타내었다. 가장 높은 영향을 주는 변수는 건강관리·심리적 요구로 35.7%의 설명력을 보였으며, 사회적 지지요구가 추가되는 경우 9.4%가 증가하여 45.1%를 설명할 수 있고, 가족·사회적 관계 요구가 추가되는 경우 2.5%의 설명력이 증가하여 총 47.6%를 설명하는 것으로 나타났다.

본 연구에서 설정한 회귀모형은 통계적으로 유의한 것으로 파악되었으며( $F=56.721$ ,  $p<.001$ ), 도출된 최종 회귀식은 다음과 같다(Table 10).

$$Y=2.839-0.171X_1-0.232X_2-0.177X_3$$

Y = 전반적인 삶의 질

X<sub>1</sub> = 건강관리·심리적 요구

X<sub>2</sub> = 사회적 지지요구

X<sub>3</sub> = 가족·사회적 관계 요구

Table 10. Factors influencing quality of life

(N=191)

Variable	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	R <sup>2</sup>	cumulative R <sup>2</sup>	t	p
	B	SE*	β				
(constant)	2.839	.063				44.731	<.001
Health and psychological problems	-.171	.057	-.249	.357	.357	-2.978	.003
Practical support	-.232	.045	-.319	.094	.451	-5.140	<.001
Family/social support	-.177	.059	-.249	.025	.476	-2.995	.003

\* Standard errors

## V. 논의

본 연구는 상관계 조사연구로서 암환자 가족을 대상으로 미충족 요구와 삶의 질 정도를 파악한 후 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 하였다.

본 연구에서 대상자의 미충족 요구는 문항 평균 61.3점으로 중간 정도의 점수를 보였다. 미충족 요구가 높았던 영역은 의료진 관련 요구와 정보·교육 요구였다. 이는 정보 관련 요구가 높았다고 보고한 Hwang 등(2003)의 연구 결과와 일치하지만, 심리사회적 요구가 높았다고 보고한 Kim 등(2010)의 연구와는 차이가 있다. 기존 국내 선행 연구들에서도 ‘환자의 상태 및 치료/간호정보요구’가 높았다고 하였으므로, 대체로 암환자 가족의 요구는 환자 상태에 대한 정보, 교육 등에 대한 요구가 높다고 할 수 있겠다. 최근 들어 암환자나 가족을 대상으로 하는 다양한 교육 프로그램이 증가하고 있지만, 본 연구 결과에 따르면 아직까지도 환자나 가족에게 그들이 원하는 정보가 충분히 제공되고 있지 못하고 있음을 알 수 있다. 교육이나 정보제공은 일회성으로 끝나는 것이 아니라 환자의 상태 변화에 따라 지속적으로 제공되어야 하지만 그들의 요구만큼 질병 상태, 치료 계획에 대한 정보가 충분히 제공되고 있지 못하고 있음을 의미한다. 따라서, 앞으로도 암환자와 가족의 정보적 요구를 충족시킬 수 있도록 교육이나 상담 프로그램의 활성화가 요구된다 할 수 있겠다.

하부 영역에 대해 ‘도움이 필요하다’라고 대답한 미충족 요구의 비율은 최소 57.0%에서 최대 88.9%까지의 범위를 보였다. Kim 등(2010)의 연구에서 하부 영역의 미충족 요구의 비율이 18.9%~67.9%정도였던 것을 고려하면 매우 높은 결과라 할 수 있다. 따라서, 요구를 조사할 때, 필요성과 충족 여부를 함께 확인하여 현 상황에서 미충족된 요구가 무엇이고, 도움이 필요한 의료서비스가 무엇인지 지속적으로 확인할 필요가 있겠다.



본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 요구를 분석한 결과, 월 평균 의료비 지출액에 따라 미충족 요구가 통계적으로 유의하게 높았다( $p=.040$ ). 이는 이현미(2011) 연구 결과와 일치한다. 건강 보험 산정특례 적용으로 암환자의 의료비 부담은 많이 감소하여, 79.6%의 대상자가 월 평균 의료비 지출액이 100원 미만이었다. 월 평균 의료비 지출액이 100만원 이상인 대상자는 보험 적용이 되지 않는 고가 항암제를 쓰는 경우였다. 비보험 약제를 사용한다는 것은 보험 적용이 되는 표준 약제에는 반응이 없었다는 것으로 이해 되며, 따라서, 환자의 치료가 순탄하지 않으므로 미충족 요구가 다른 그룹에 비해 높았던 것으로 사료된다.

환자관련 특성에 따른 미충족 요구에서 환자 연령이 낮을수록 미충족 요구가 높았다( $p=.023$ ). 환자가 젊은 나이일 경우 가족들은 환자의 치료 결과나 생명에 지장 여부 등에 더 민감할 수 있으므로 미충족 요구가 높았을 것으로 사료된다. 환자의 병기가 진행기인 경우 초기에 비해 미충족 요구가 높았다( $p=.011$ ). 진행기 암환자의 가족은 환자의 상태나 치료 계획, 치료 결과 등에 더 많은 정보와 도움을 요구할 것이므로 차이가 있었던 것으로 이해된다.

본 연구에서 암환자 가족의 삶의 질은 74.6점으로 같은 도구를 사용하였던 이현미(2011)연구에서 69.6점으로 보고한 것에 비해 약간 높았다. 세부 항목에서 ‘나의 사랑하는 이가 죽는 것이 두렵다’, ‘나의 사랑하는 이가 겪게 될 지도 모르는 치료의 부작용이 두렵다’, ‘나의 사랑하는 이의 상태가 더 악화되는 것을 보는 것이 속상하다’ 등의 항목의 점수가 낮게 나와 암환자 가족은 환자 상태에 대한 부담이 높은 것으로 나타났으며, 이는 이현미(2011)연구 결과와 일치한다. ‘친구와 이웃으로부터 지원을 받는다’와 ‘가족으로부터 내가 받는 지원에 대해서 만족한다’의 점수가 낮게 나와 친구나 가족으로부터의 사회적 지지가 낮은 것으로 판단된다.

반대로 ‘나의 관심의 초점이 나의 사랑하는 이가 병이 낫는 것에 있다는 것이 기쁘다’는 상대적으로 점수가 높아 암환자 가족은 환자를 돌보는 것에 심리적인 부담이 있지만, 이를 긍정적으로 받아들이고 있는 것으로 보여진다.

대상자의 일반적 특성과 삶의 질에서는 환자와의 동거여부( $p=.009$ )에 따라 삶의 질에 차이가 있었다. 이는 양은영(2006)의 연구결과와 일치한다. 환자와 같은 집에 거주하는 경우 환자가 겪는 다양한 문제를 공통적으로 같이 경험하게 되므로, 더 밀접하게 환자 돌봄에 관여하게 되고 이런 부분이 대상자의 삶의 질에 영향을 준 것으로 사료된다. 가구 소득에( $p=.006$ ) 따라서도 삶의 질에 차이가 있었는데, 이는 나덕미, 정영과 양경미(2003)의 연구 결과와 일치한다. 돌봄 기간에 따라서도 대상자의 삶의 질에 차이가 있었다( $p=.006$ ). 돌봄 기간이 5년 이상 경과한 그룹이 다른 그룹에 비해 삶의 질이 낮았다. 간병 기간이 길어짐에 따라 역할에 대한 부담, 스트레스 등이 증가하면서 삶의 질이 낮아진 것으로 판단된다. 이는 나덕미 등(2003)의 연구 결과와 일치한다. 다양한 치료 방법의 개발로 암환자의 생존 기간은 지속적으로 연장되고 있지만, 이는 완치의 의미보다는 투병기간의 증가를 의미하므로, 앞으로 암환자 가족은 더 오랜 기간 환자를 돌봐야 할 것이다. 따라서, 그들의 부담감은 더 증가하고 이는 삶의 질에 영향을 줄 수 있으므로, 그들의 역할을 도울 수 있는 다양한 의료 서비스의 개발이 필요할 것이다.

환자관련 특성과 삶의 질에서 70세 이상의 고령의 환자를 돌보는 대상자의 삶의 질이 낮았다( $p=.032$ ). 고령의 환자를 돌보는 것은 젊은 환자보다 더 많은 역할을 수행해야 할 수 있으므로 대상자의 삶의 질에 영향을 준 것으로 판단된다. 환자의 병기에 따라서도 삶의 질에 차이가 있었는데( $p=.008$ ), 진행기나 말기인 경우 초기에 비해 삶의 질이 낮았다. 이는 Weitzner 등(1999)의 연구 결과와 일치한다. 암환자 가족은 환자 상태가 악화되는 것을 속상해 하고, 환자의 죽음을 두려워하므로 환자의 병기, 상태변화는 대상자의 삶의 질에 큰 영향을 미칠 것이다.

미충족 요구와 삶의 질의 상관관계 분석에서 미충족 요구가 높을수록 대상자의 삶의 질이 낮게 나타났으므로, 암환자 가족의 삶의 질 향상을 위해 미충족 요구를 확인하고 이를 충족시켜 주는 것이 대상자의 삶의 질 향상을 위해 필요함이 설명되었다.

단계별 다중 회귀 분석을 통해 확인한 암환자 가족의 삶의 질 영향요인은

건강관리·심리적 요구, 사회적 지지 요구, 가족·사회적 관계 요구로 총 47.6%의 설명력이 있었다. 미충족 요구는 환자 상태나 치료와 관련된 정보 영역의 점수가 높았지만, 대상자의 삶의 질에 영향을 주는 요인은 오히려 건강관리·심리적 요구 영역이었다. 이는 대상자가 알고 싶어하는 환자 상태에 대한 정보 제공만으로 대상자의 삶의 질 향상을 이끌어내기는 어렵다는 것으로 이해된다. 대상자의 삶의 질 향상을 위해서는 그들이 겪는 건강·심리적 문제에 대한 지지가 필요하다. 암환자 가족은 환자의 상태변화와 죽음에 대한 두려움, 공포 등으로 인해 우울, 불안 등의 정서적 문제를 경험한다 (Axelsson & Sjoden, 1998; Kornblith et al., 1994; Vickery et al., 2003; Weitzner et al., 1999). 이런 정서적 문제를 해결해보려는 의지로 의료진에게 환자 상태에 대한 설명, 치료 계획 등에 대한 정보를 요구하지만, 그 이면에는 대상자의 불안, 우울, 스트레스 등의 심리적 문제가 동반되어 있는 것이다. 따라서, 궁극적으로 대상자의 삶의 질 향상을 위해서는 정보제공과 더불어 그들의 심리적 문제를 해결해 주기 위한 중재가 필요하다.

더불어, 사회적 지지 요구와 가족·사회적 관계 요구도 대상자 삶의 질에 영향 요인으로 확인되었다. 따라서, 간병 경험이나 정보를 나눌 수 있는 보호자 모임, 가족을 위한 복지서비스 등의 사회적 지지 프로그램도 대상자의 삶의 질 향상에 도움이 될 수 있을 것이다. 본 연구의 삶의 질 조사에서 친구나 다른 가족으로부터 지원 여부에 대한 점수가 낮게 나온 것을 보면, 암환자를 돌보는 책임을 맡고 있는 주 돌봄 제공자는 다른 가족이나 친구의 도움이 부족한 것으로 이해된다. 따라서, 가족 관계, 대인 관계 증진을 위한 지지 프로그램, 휴식 및 개인 사생활을 가질 수 있도록 도와줄 수 있는 의료 서비스 개발이 필요할 것으로 사료된다.

결론적으로, 암환자 가족의 건강관리와 불안, 우울 등의 심리적 문제를 해결해 주는 것, 보호자 모임, 복지 서비스 등의 사회적 지지 서비스를 제공하는 것, 간병의 고충을 알아주고, 가족 관계 유지에 도움을 주는 것 등이 암환자 가족의 삶의 질 향상에 도움이 될 수 있으므로, 이러한 요구를 충족시킬 수 있는 의료 서비스 및 중재 프로그램을 개발하는 것이 필요할 것이다.

끝으로, 본 연구는 연구 대상자를 일개 병원 중양내과 외래에서만 모집하였고, 대상자를 편의 추출 하였기 때문에 연구 결과를 암환자 가족 전체로 해석하는데 제한점이 있다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 암환자 가족을 대상으로 미충족 요구와 삶의 질을 조사하여, 암환자 가족의 요구를 충족시키고 삶의 질을 높이기 위한 의료 서비스를 개발하는데 필요한 기초 자료를 얻고자 시행된 연구이다. 본 연구에서 대상자의 미충족 요구는 총점 123점 중에 평균 61.3점이었고, 영역별 요구에 대한 미충족율이 최대 88.9%까지 나타나 암환자 가족의 요구는 현 시점에서 여전히 미충족된 요구가 많음을 알 수 있었다. 미충족 요구가 높았던 항목은 주로 질병 상태와 향후 진행 경과에 대한 정보, 가정에서 환자를 돌보는 방법 등 환자의 상태와 증상관리에 관한 정보관련 영역이었다. 따라서, 환자의 상태나 치료 계획, 가정에서의 환자 증상관리 등에 대한 교육 및 정보 제공이 이들이 가장 원하는 요구라 할 수 있겠다.

본 연구 결과 암환자 가족의 미충족 요구는 삶의 질과 관련이 있었으므로, 암환자 가족의 요구를 해결하는 것이 이들이 삶의 질 향상을 위해 필요한 일임이 확인 되었다. 암환자 가족의 삶의 질의 영향요인은 건강관리·심리적 요구, 사회적 지지 요구, 가족·사회적 관계 요구로 47.6%의 설명력이 있었으므로, 이들의 삶의 질 향상을 위해 가족 지지, 사회적 지지와 관련된 중재 프로그램을 개발하여야 할 것이다.

본 연구를 통해 암환자 가족의 미충족 요구를 파악하고, 삶의 질의 영향요인 규명함으로써, 대상자의 삶의 질 향상을 위한 중재프로그램의 개발 및 확대에 필요한 근거자료를 제공하였다는데 본 연구의 의의가 있다.

따라서, 앞으로 암환자 가족의 요구를 충족시키고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중재 프로그램 및 의료 서비스의 개발과 그 효과에 대한 연구가 필요할 것이다. 또한, 지속적으로 암환자 가족의 미충족 요구를 확인함으로써 그들이 요구했던 문제들에 대한 해결 여부, 우선적으로 해결이 필요한 문제들을 재확인할 필요가 있겠다.

## 2. 제언

본 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 우선 본 연구의 결과를 일반화하기 위해 다양한 지역에서 연구대상자를 확대한 반복 연구가 필요하다. 둘째, 본 연구에서 암환자 가족의 정보 및 교육에 대한 미충족 요구가 높았으므로, 이를 해결하기 위한 중재프로그램 개발 및 확대가 필요하다. 그리고 암환자 가족의 삶의 질 향상을 위해서는 이들이 돌보는 암환자의 질환에 대한 정보 제공뿐만 아니라 가족 본인들의 건강·심리적 문제 해결을 위한 중재 프로그램과 가족·사회적 지지를 위한 중재 프로그램의 개발 및 확대가 필요하다고 본다. 마지막으로 추후관리 시기의 암환자 가족의 삶의 질이 비교적 낮게 나타났으므로, 치료가 종료된 암환자 가족의 요구 및 삶의 질에 대한 추후 연구가 필요하다고 본다.

## 참고문헌

- 국가암정보센터 (2013). 2013년 통계로 본 암 현황. Retrived October 20, 2013, from [http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/jsp/album/gallery.jsp?addCancerTitle=읽기\(2013년도통계로본암현황\)&spage=1&boardId=31817&boardSeq=399626&mcategoryId=&id=cancer\\_050207000000](http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/jsp/album/gallery.jsp?addCancerTitle=읽기(2013년도통계로본암현황)&spage=1&boardId=31817&boardSeq=399626&mcategoryId=&id=cancer_050207000000).
- 권은진, 이명선 (2013). 유방암 배우자의 경험에 관한 현상학적 연구. *중앙간호학회지*, 13(1), 18-27.
- 김미영, 홍미순 (2002). 항암 화학요법을 받는 암환자를 돌보는 가족원이 지각한 스트레스와 건강상태. *간호과학논집*, 7(1), 1-17.
- 김선희 (2003). *암환자의 질병단계에 따른 대응양상비교와 가족의 부담감*. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 서울.
- 김춘길 (1998). 암환자 가족의 간호요구. *성인간호학회지*, 10(3), 403-413.
- 나덕미, 정영, 양경미 (2003). 화학요법을 받는 암환자 주보호자의 부담감과 삶의 질. *지역사회간호학회지*, 14(4), 1-13.
- 박연환, 현혜진 (2000). 암환자 가족원의 부담감과 가족기능. *성인간호학회지*, 12(3), 384-395.
- 성일순, 김지연, 노기옥, 안기덕, 류은정, 권인각 (2007). 추후 관리 암환자의 건강관련 삶의 질과 가족부담감. *성인간호학회지*, 19(4), 603-613.
- 양은영 (2006). *말기암환자 가족원의 부담감과 삶의 질과의 관계*. 조선대학교 대학원 석사학위논문, 광주.
- 어정민 (2004). *암환자 가족의 부담감과 삶의 질에 관한 연구*. 한양대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 이은현, 문성미, 조수연, 오영택, 전미선, 김성환, 김재성, 김혜경. (2010). 추후관리 받는 암환자의 요구 측정도구 개발 및 평가. *Journal of*

- Korean Academy of Nursing*, 40(4), 551-560.
- 이현미 (2011). *외래에서 항암화학요법을 받는 암환자 가족원의 스트레스, 간호요구도, 삶의 질에 관한 연구*. 한양대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 정복례, 김경혜 (2003). 말기 암 환자 가족의 간호요구와 부담감. *경북간호과학지*, 7(2), 63-82.
- 정재원 (2006). 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 종단적 건강문제 변화양상 분석. *여성건강간호학회지*, 12(1), 53-60.
- 통계청 (2013). 2012년 사망원인통계. Retrieved October 20, 2013, from [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=308559&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=308559&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=).
- 함단옥 (2004). *암환자 가족의 가족기능과 간호요구에 관한 연구*. 중앙대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 홍민주, 태영숙, 노미영 (2012). 암환자를 돌보는 가족원의 스트레스, 대처방식과 소진의 관계. *중앙간호학회지*, 12(1), 92-99.
- Adams, E., Boulton, M., & Watson, E. (2009). The information needs of partners and family members of cancer patients: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 179-186.
- Axelsson, B., & Sjoden, P. O. (1998). Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine*, 12(1), 29-39.
- Bernard, L. L., & Guarnaccia, C. A. (2003). Two models of caregiver strain and bereavement adjustment: A comparison of husband and daughter caregivers of breast cancer hospice patients. *The Gerontologist*, 43(6), 808-816.
- Crowe, H., & Costello, A. J. (2003). Prostate cancer: Perspectives on



- quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing*, 23(4), 279.
- Duvall, E. R. (1971). *Family development* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 213-231.
- Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2012). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 57-64.
- Given, B. A., & Northouse, L. (2011). Who cares for family caregivers of patients with cancer? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 451-452.
- Glajchen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *The Journal of Supportive Oncology*, 2(2), 145-155.
- Harrison, J., Young, J., Price, M., Butow, P., & Solomon, M. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17(8), 1117-1128.
- Hwang, S. S., Chang, V. T., Alejandro, Y., Osenenko, P., Davis, C., Cogswell, J., Srinivas, S., Kasimis, B. (2003). Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliative & Supportive Care*, 1(04), 319-329.

- Kim, Y., Kashy, D. A., Spillers, R. L., & Evans, T. V. (2010). Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: Three cohorts comparison. *Psychooncology*, 19(6), 573-582.
- Kitruncgrote, L., & Cohen, M. Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 625-632.
- Kornblith, A. B., Herr, H. W., Ofman, U. S., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses: The value of a data base in clinical care. *Cancer*, 73(11), 2791-2802.
- Lee, N. S., Kim, K. H., & Lee, S. C. (2011). 현재 사용되는 경구용 항암제. *Journal of the Korean Medical Association*, 54(11), 1191-1198.
- Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., Galvin, E., & Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 4050-4064.
- Park, S. M., Kim, Y. J., Kim, S., Choi, J. S., Lim, H. Y., Choi, Y. S., Hong, Y. S., Kim, S. Y., Heo, D. S., Kang, K. M., Jeong, H. S., Lee, C. G., Moon, D. H., Choi, J. Y., Kong, I. S., & Yun, Y. H. (2010). Impact of caregivers' unmet needs for supportive care on quality of terminal cancer care delivered and caregiver's workforce performance. *Supportive Care in Cancer*, 18(6), 699-706.
- Printz, C. (2011). Cancer caregivers still have many unmet needs. *Cancer*, 117(7), 1331.
- Rhee, Y. S., Shin, D. O., Lee, K. M., Yu, H. J., Kim, J. W., Kim, S. O., Lee, R., Lee, Y. O., Kim, N. S., & Yun, Y. H. (2005). Korean

- version of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC-K). *Quality of Life Research*, 14(3), 899-904
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. L. (2013). Informal caregiving for cancer patients. *Cancer*, 119(S11), 2160-2169.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., Cook, P., & Supportive Care Review Group (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Shin, D. W., Park, J. H., Shim, E. J., Park, J. H., Choi, J. Y., Kim, S. G., & Park, E. C. (2011). The development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. *Psychooncology*, 20(12), 1342-1352.
- Skalla, K. A., Smith, E. M., Li, Z., & Gates, C. (2013). Multidimensional needs of caregivers for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 500-506.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013-1025.
- Tuinman, M. A., Fleer, J., Hoekstra, H. J., Sleijfer, D. Th., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2004). Quality of life and stress response symptoms in long-term and recent spouses of testicular cancer survivors. *European Journal of Cancer*, 40(11), 1696-1703.
- Vickery, L.E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M., & Feber, T. (2003). The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head & Neck*, 25(4), 289-296.
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Jr., Friedland, J., & Cox,

- C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: Development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8(1-2), 55-63.
- Weitzner, M. A., McMillan, S. C., & Jacobsen, P. B. (1999). Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), 418-428.

## 부록 1. 의학연구윤리심의위원회 심의결과통보서

서울대학교의과대학/서울대학교병원  
의학연구윤리심의위원회



<b>서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회</b>	
Tel : 82-02-2072-0694	
FAX : 82-02-2072-0368	서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)110-744

### 심의결과통보서

IRB No.	H-1309-030-517		제출경로	서울대병원		
수신	책임연구자	김혜진	소속	간호본부	직위	
	의뢰기관				간호직	
연구과제명	항암화학요법을 받는 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질					
Protocol No.			Version No.			
생명 윤리법에 따른 분류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물연구 <input type="checkbox"/> 배아줄기세포주이용연구 <input type="checkbox"/> 배아연구 <input type="checkbox"/> 체세포복제배아연구 <input type="checkbox"/> 단성생식배아연구 <input type="checkbox"/> 배아생성의료기관 <input type="checkbox"/> 인체유래물은행					
연구종류	임상시험 외 연구	<input type="checkbox"/> 증례보고 <input type="checkbox"/> 생리학적 연구 <input type="checkbox"/> 단면조사연구 <input checked="" type="checkbox"/> 조사, 설문, 인터뷰 연구 <input type="checkbox"/> 환자군 연구 <input type="checkbox"/> 환자-대조군연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물저장소 연구 <input type="checkbox"/> 등록(레지스트리) 연구 <input type="checkbox"/> 시판후사용성적조사 <input type="checkbox"/> 전향적 코호트 연구 <input type="checkbox"/> 후향적 코호트연구 <input type="checkbox"/> 기타				
	<input type="checkbox"/> 임상시험	연구 대상	<input type="checkbox"/> 의약품 <input type="checkbox"/> 생물학적제제 <input type="checkbox"/> 건강기능식품 <input type="checkbox"/> 의료기기 <input type="checkbox"/> 기타			
		Phase	<input type="checkbox"/> 제1상 <input type="checkbox"/> 제1/2상 <input type="checkbox"/> 제2상 <input type="checkbox"/> 제2/3상 <input type="checkbox"/> 제3상 <input type="checkbox"/> 제4상 <input type="checkbox"/> 생물학적동등성 <input type="checkbox"/> 기타			
		식약처 승인 대상 여부	<input type="checkbox"/> 식약처승인대상 <input checked="" type="checkbox"/> 승인 제외 대상			
		임상시험 목적	<input type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 국내(KFDA)허가용 <input type="checkbox"/> 해외 허가용			
연구계획서승인일	2013년 10월 10일 (정기보고주기 : 12개월)					
승인유효기간	2013년 10월 10일 ~ 2014년 10월 09일		심의대상	연구계획서의 의뢰서(시정승인에 대한 답변)		
심의종류	신속심의		심의일자	2013년 10월 08일		
접수일자	2013년 09월 26일		심의결과통보일	2013년 10월 10일		
심의목적	1. 연구계획서의 의뢰서(시정승인에 대한 답변) 2. 연구대상자 설명문 및 동의서					
심의결과	승인					
심의의견	[위원회는 승인 기준에 부합하여 승인합니다.]					

### 의학연구윤리심의위원회 위원

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치함을 증명합니다.  
 본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련  
 법 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원에 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.



## 부록 2. 연구 참여 동의서



심의결과통보일(Date of Notification): 2013.10.10  
IRB 유효기간 만료일(Date of Expiry): 2014.10.09

대상자 일련 번호

--	--	--	--	--

### 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질에 관한 연구 설문 참여 동의서

#### - 연구에 대한 안내 -

본 조사는 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질에 관한 연구를 위한 것입니다. 귀하께서 응답하여 주신 내용은 향후 암환자 가족을 위한 의료서비스 개발에 소중한 자료로 이용될 예정입니다. 설문지를 작성하신 귀하 개인에 관한 어떤 정보도 공개되거나 출판되지 않습니다. 작성해 주신 모든 정보는 연구목적에 위해서만 사용될 것이며 설문에 참여하시는 분들의 개인정보는 절대로 공개되지 않습니다. 설문을 완료하신 분에게는 감사의 뜻으로 소정의 기념품이 증정될 것입니다. 본 연구와 관련하여 궁금한 점이 있으시면 다음으로 연락주시기 바랍니다.

암병원 3층 중앙내과센터 교육상담실 김혜진 02) 2072-0868

나는 본 연구에 대하여 설명을 받았으며 본 설문 조사에 참여하기로 결정하였습니다. 나는 언제든지 질문의 일부분이나 전부를 거절할 수 있음을 설명 받았습니다. 그리고 나는 이번 연구조사에 대해 앞으로도 참여 할 가능성이 있으나, 내가 원한다면 향후 참여에 대해 거절할 자유도 있음을 설명 받아 알고 있습니다.

☐ 나는 참여하겠습니다.

☐ 나는 참여하고 싶지 않습니다.

작성일	2013년	월	일
피험자성명	(인)		
연구책임자성명	(인)		

피험자 권리에 대한 의문사항이 있을 경우 본원 임상의학연구소 1층의 의학연구윤리심의위원회로 연락하시기 바랍니다.

연락처: 전화 02)2072-0694,2266

### 부록 3. 설문지

#### 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질에 관한 연구 설문지

본 조사는 암환자 가족의 요구와 삶의 질에 관한 연구를 위한 것입니다. 귀하께서 응답하여 주신 내용은 향후 암환자 가족을 위한 의료서비스 개발에 소중한 자료로 이용될 예정입니다. 설문을 작성하시는데 예상되는 소요시간은 약 20분 정도입니다. 만약 조사에 관한 궁금한 점이 있으시면 다음으로 문의하여 주십시오. 협조해 주셔서 정말 감사합니다.

##### **A. 일반적인 특징**

1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남                      ② 여

2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까? (    )세

3. 환자와의 관계는 어떻게 되십니까? 귀하는 환자의 (            )

- ① 배우자    ② 아버지            ③ 어머니            ④ 자녀  
⑤ 형제, 자매 ⑥ 며느리, 사위 ⑦ 그 외 기타 (                                      )

4. 현재 환자와 같은 집에 거주하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

5. 귀하는 학교를 어디까지 졸업하셨습니다?

- ① 무학            ② 초등학교 졸업            ③ 중학교 졸업    ④ 고등학교 졸업  
⑤ 대학 졸업    ⑥ 대학원 졸업 이상

6. 종교는 무엇입니까?

- ① 기독교    ② 천주교            ③ 불교            ④ 기타 (                      ) ⑤ 없음

7. 직업이 있으십니까?

- ① 예                      ② 아니요

8. 월 평균 가구소득은 어느 정도입니까?

- ① 100만원 미만                      ② 100만원-300만원 미만  
③ 300만원-500만원 미만            ④ 500만원 이상                      ⑤ 없음

9. 실제 부담하는 월 평균 의료비는 얼마입니까?

- ① 100만원 미만                      ② 100만원-300만원 미만  
③ 300만원-500만원 미만            ④ 500만원 이상

## **B. 환자관련 특성**

1. 환자의 연령은 어떻게 되십니까? ( ) 세

2. 환자가 진단받은 암의 종류는 무엇입니까?

- ① 위암            ② 유방암            ③ 대장암            ④ 췌장, 담도암            ⑤ 폐암  
⑥ 뇌종양            ⑦ 구강, 비인두암            ⑧ 간암            ⑨ 림프종            ⑩ 신장암  
⑪ 식도암            ⑫ 기타

3. 진단받은 암의 현재 상태는 어떠하십니까?

- ① 초기            ② 진행기            ③ 말기            ④ 재발  
⑤ 모른다            ⑥ 기타 ( )

4. 현재 받고 계신 치료방법은 무엇입니까? (모두 선택하세요)

- ① 항암화학요법            ② 항호르몬요법            ③ 표적치료제  
④ 방사선치료            ⑤ 민간, 보완대체요법            ⑥ 기타 ( )

5. 암을 진단 받고 치료를 시작하신 지 시간이 얼마나 경과하였습니까?

- ① 6개월 미만            ② 6개월 - 1년 미만  
③ 1년 - 3년 미만            ④ 3년 - 5년 미만            ⑤ 5년 이상



### C. 암환자 가족 미충족 요구 조사를 위한 설문

본 설문은 암 환자분의 가족이나 보호자가 환자 간병에서 경험하실 수 있는 다양한 어려움이나 사안들이 기술되어 있으며, 귀하께서 이러한 어려움이나 사안에 대해 어느 정도 도움을 필요로 하시는지 이해하여 향후 암 환자 가족(보호자)분들을 위한 양질의 서비스를 기획하고 제공하는데 참고하려는 목적을 가지고 있습니다.

각 문항을 주의 깊게 읽으시고, 지난 한 달을 기준으로 보호자 분 자신의 개인적 경험에 비추어, 다음과 같이 응답해 주시길 바랍니다.

1. 해당 문항의 내용에 대해 본인에게는 ① 해당 사항이 없거나, ② 어려움이 없었거나, ③ 어려움은 있었지만 이미 도움을 받고 있기 때문에 '도움이 필요없다'고 생각하시면, '필요없다(X)-0'란에 표시(✓)하시기 바랍니다.

2. 반면, 해당 문항의 내용에 대해 도움이 필요하셨다면 도움이 필요하신 정도에 따라 "1(조금)", "2(보통)", "3(많이)" 중 한 곳에 표시(✓)해 주십시오. 숫자가 커질수록 도움이 많이 필요한 것입니다.

#### [예시]

예를 들어, 아래 표의 '나 자신의 건강을 관리하는 것에 대해 도움이 필요했다'라는 문항에 대해 지난 한 달을 기준으로 보호자 분 자신의 경험을 되돌아보시고, 이 문항이 본인에게는 해당사항이 없거나, 이 문항 관련 어려움이 없었거나, 어려움은 있었지만 이미 도움을 받으셨기 때문에 도움이 필요없다고 생각하신다면, '필요없다(X)-0'란에 표시(✓)를 하시면 됩니다.

지난 한 달 동안...	필요 없다 (X) 0	필요하다 (O)		
		조금	보통	많이
		1	2	3
1. 나 자신의 건강을 관리하는 것에 대해 도움이 필요했다	✓			

반면, 보호자 분 자신의 건강을 관리하는데 있어 어려움이 있었고, 이에 대해 도움의 필요성을 느끼셨다면 '필요하다'란에 표시를 하시되, 도움이 많이 필요하셨다면 아래와 같이 '3(많이)'에 표시(✓)를 하시면 됩니다.

지난 한 달 동안...	필요 없다 (X) 0	필요하다 (O)		
		조금	보통	많이
		1	2	3
1. 나 자신의 건강을 관리하는 것에 대해 도움이 필요했다				✓

지난 한 달 동안 ...	필요 없다 (X)	필요하다 (O)		
		조금	보통	많이
		0	1	2
<b>보호자 건강 관리</b>				
1. 나 자신의 건강을 관리하는 것에 대해 도움이 필요했다				
<b>보호자 심리적 문제</b>				
2. 나(보호자)는 환자에 대한 걱정 때문에 도움이 필요했다				
3. 나(보호자)는 환자 문제로 우울한 것 때문에 도움이 필요했다				
4. 나(보호자)는 화나 원망스러운 감정을 조절함에 있어 도움이 필요했다				
5. 나(보호자)는 외로움이나 고립감을 느끼는 것에 대해 도움이 필요했다				
6. 나(보호자)는 막연히 불안한 것에 대해 도움이 필요했다				
<b>가족·사회적 문제</b>				
7. 환자가 지나치게 나(보호자)에게 의존하는 것 때문에 도움이 필요했다				
8. 환자가 간병의 고충을 이해해 주지 않는 것 때문에 도움이 필요했다				
9. 암 진단 후 가족관계 어려움(치료나 간병 등에 대한 가족간의 갈등 등..) 때문에 도움이 필요했다				
10. 간병 후 사회생활이나 대인 관계 유지의 어려움 때문에 도움이 필요했다				
11. 간병하면서 나(보호자) 자신의 휴식 및 개인 사생활을 위한 시간확보에 대한 도움이 필요했다				
<b>의료진(의사 및 간호사)</b>				
12. 나(보호자)는 의사가 환자와 가족에 대해 진심어린 관심과 공감을 해주길 원했다				
13. 나(보호자)는 의사가 쉽고 자세하게 솔직히 설명해 주길 원했다				
14. 나(보호자)는 환자가 필요할 때 의사를 빠르고 쉽게 만날 수 있길 원했다				
15. 나(보호자)는 환자가 받는 검사나 치료법을 선택하고 결정하는데 환자나 가족이 참여할 수 있길 원했다				
16. 환자를 위해 여러 의료진(의사와 의사간, 의사와 간호사간)들의 원활한 협력 및 의사소통이 필요했다				
17. 나(보호자)는 간호사가 환자와 가족에 대한 진심어린 관심과 공감을 해주길 원했다				
18. 나(보호자)는 간호사가 환자에게 행해지는 처치나 간호에 대해 설명해 주길 원했다				
19. 나(보호자)는 간호사가 환자가 불편하거나 아플 때 빠르게 해결해 주길 원했다				
<b>정보 및 교육</b>				
20. 나(보호자)는 현재 환자의 질병 상태와 향후 진행경과에 대한 정보가 필요했다				

지난 한 달 동안 ...	필요 없다 (X)	필요하다 (O)		
		조금	보통	많이
	0	1	2	3
21. 나(보호자)는 환자가 받는 검사 및 치료에 대한 정보가 필요했다				
22. 나(보호자)는 환자를 집에서 어떻게 돌봐야 하는지에 대한 정보 (환자 증상 관리, 환자 식이요법, 운동 등..)가 필요했다				
23. 나(보호자)는 환자에게 도움이 되는 보완대체요법(민간요법)에 대한 정보가 필요했다				
24. 나(보호자)는 암 치료 기관 및 의사에 대한 정보(전문 분야, 의사 약력 등...)가 필요했다				
25. 나(보호자)는 정부 및 민간 차원의 암환자를 위한 경제적 지원에 대한 정보(의료비 지원 등...)가 필요했다				
26. 나(보호자)는 환자나 우리 가족간의 의사소통에 대한 도움이 필요했다				
27. 나(보호자)는 간병 관련 스트레스 관리를 위한 정보가 필요했다				
<b>종교적·영적 문제</b>				
28. 나(보호자)는 종교적인 도움이 필요했다				
29. 나(보호자)는 내가 처한 상황의 의미를 찾고 받아들이는 것에 대해 도움이 필요했다				
<b>병병원 시설 및 서비스</b>				
30. 나(보호자)는 암 진단부터 퇴원 후 까지 궁금한 것을 상담해 주거나 필요한 서비스를 안내해 주는 환자 전담인력이 있었으면 했다				
31. 나(보호자)는 병원 시설과 서비스에 대한 안내가 필요했다				
32. 병원 내 보호자를 위한 공간(예. 보호자 쉼터 등)이 필요했다				
33. 나(보호자)는 가정 방문 간호서비스가 필요했다				
<b>사회적 지지</b>				
34. 간병의 경험이나 정보를 나눌 수 있는 기회(보호자 모임 등)를 원했다				
35. 보호자나 가족을 위한 복지서비스(예. 심리상담...)가 필요했다				
36. 병원을 오가는 이동 서비스 지원이 필요했다				
37. 나(보호자)는 환자가 집 가까이서 치료받을 수 있었으면 했다				
38. 나(보호자)는 치료받는 병원 가까이서 머물 수 있는 숙박서비스가 필요했다				
39. 암으로 인한 경제적 부담(치료비, 소득 상실...) 때문에 도움이 필요했다				
40. 나(보호자)는 살림이나 육아를 도울 사람이 필요했다				
41. 병원이나 집에서 간병인이 필요했다				

#### D. 암 환자 가족의 삶의 질 조사를 위한 설문

본 설문은 사랑하는 사람이 암에 걸렸을 때, 그를 돌보는 가족들이 중요하다고 말한 사항을 모아놓은 것입니다. 각 문항이 지난 일주일 동안에 귀하에게 얼마나 진실 되게 느껴졌는지를 표시해 주시기 바랍니다.

##### \* 역문항

지난 7일 동안 ...	전혀 아님	아주 조금	약간	상당 수	아주 많음
1. 하루 일과가 변경되는 것에 신경이 쓰인다. *					
2. 수면이 거의 편안하지 않다. *					
3. 일상생활이 부담스럽다. *					
4. 나의 성 생활에 만족한다.					
5. 외부의 일에 관심을 유지하기가 어렵다. *					
6. 재정적인 부담을 안고 있다. *					
7. 보험 보상범위에 대해서 신경이 쓰인다. *					
8. 나의 경제적인 미래는 불확실하다. *					
9. 나의 사랑하는 이(환자)가 죽는 것이 두렵다. *					
10. 나의 사랑하는 이(환자)가 병이 생긴 이후에, 나는 삶을 더 긍정적으로 보게 되었다.					
11. 스트레스와 걱정이 많아졌다. *					
12. 영적인(종교) 관심이 커졌다.					
13. 내 관심이 그날그날의 일에만 제한되는 것이 신경 쓰인다. *					
14. 슬프다 *					
15. 심적인 부담감이 커지는 것을 느낀다. *					
16. 친구와 이웃으로부터 지원을 받는다.					
17. 죄책감이 든다. *					
18. 좌절감이 든다. *					
19. 불안하다. *					
20. 나의 사랑하는 이(환자)의 질병이 내 자녀 혹은 다른 가족구성원에게 미쳤을 영향이 걱정스럽다. *					
21. 나의 사랑하는 이(환자)의 식습관 변화를 감당하기가 어렵다. *					
22. 나의 사랑하는 이(환자)와의 관계가 더 가까워졌다.					
23. 나의 사랑하는 이(환자)의 질병에 대해서 충분히 설명을 들었다고 생각한다.					

지난 7일 동안 ...	전혀 아님	아주 조금	약간	상당 수	아주 많음
24. 약속에 맞추어 나의 사랑하는 이(환자)를 언제든지 데려다 줄 수 있어야 한다는 점이 신경 쓰인다. *					
25. 나의 사랑하는 이(환자)가 겪게 될 지도 모르는 치료의 부작용이 두렵다. *					
26. 나의 사랑하는 이(환자)를 집에서 돌보아야 하는 책임감이 버겁다. *					
27. 나의 관심의 초점이 나의 사랑하는 이(환자)가 병이 낫는 것에 있다는 것이 기쁘다.					
28. 가족 간의 대화가 많아졌다.					
29. 나의 우선순위가 변화했다는 점이 신경 쓰인다. *					
30. 나의 사랑하는 이(환자)를 보호해야 한다는 점이 신경쓰인다. *					
31. 나의 사랑하는 이(환자)의 상태가 더 악화되는 것을 보는 것이 속상하다. *					
32. 나의 사랑하는 이의 통증을 관리해야 한다는 것이 버겁다. *					
33. 나는 미래에 대해서 낙담한다. *					
34. 가족으로부터 내가 받는 지원에 대해서 만족한다.					
35. 나의 사랑하는 이를 돌보는 것에 다른 가족 구성원들이 관심을 보이지 않는 것이 신경쓰인다. *					

# Abstract

## Relationship between unmet needs and quality of life of family caregivers of cancer patients in Korea

Kim, Hye Jin

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Yi, Myungsun, DSN, RN

The number of cancer patients has increased over the past decades due to the longer survival rates as well as the increasing incidence of cancer. At the same time, the proportion of outpatient-based treatment has increased, resulting from the improved cancer treatment regimens and high cost of cancer care. Thus, more family members with cancer patients began to take more responsibilities for the care of their patients at home. However, health professionals did not pay enough attention to support family caregivers with cancer patients.

The purpose of this study was to investigate the unmet needs and quality of life (QOL) among family caregivers with cancer patients, and to identify relationship between unmet needs and quality of life.

Descriptive correlational study was designed. The data was collected by convenience sampling in October 2013 from 191 family caregivers who visited with their cancer patients to the hospital located in Seoul. Comprehensive needs assessment tool for cancer-

caregivers was used to measure the unmet needs, and the Korean version of the caregiver QOL index-cancer was used to measure the quality of life. The collected data were analyzed using descriptive statistics,  $\chi^2$ -test, t-test, one-way ANOVA, Scheffe's post-test, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The results are as follows.

1) The mean score for the unmet needs of the participants was 61.30( $\pm$ 26.55), indicating medium-level. Among the 7 domains, the scores of healthcare-staff related unmet needs were the highest, followed by information needs, and hospital facilities/service needs. There were significant differences in unmet needs, depending on medical expenses( $p=.040$ ), patient age( $p=.023$ ) and the stage of disease( $p=.011$ ).

2) The mean score for the QOL of the participants was 74.62( $\pm$ 20.54), indicating an average level. The QOL was found to be low in the areas related to sexual function, burden, and the patient's pain control. There were significant differences in the quality of life, depending on the presence of cohabitation with the patient ( $p=.009$ ), household income ( $p=.006$ ), caregiving period ( $p=.006$ ), patient's age ( $p=.032$ ), and the stage of disease ( $p=.008$ ).

3) A high negative correlation was found between the unmet needs and QOL of the participants ( $r = -.604$ ,  $p<.01$ ).

4) Stepwise multiple regression analysis showed that 47.6% ( $R^2=.476$ ,  $p<.001$ ) of QOL was explained by health-psychological needs, practical support needs and family/social support needs.

The results of this study revealed that there was a high negative correlation between the unmet needs and QOL for the family caregivers of cancer patients. Thus, QOL of the caregivers may be maximized when the caregivers' needs are met. The results of this study also showed that the areas in health-psychological needs, practical support needs, and family/social support needs were influenced more to the QOL, although the unmet needs scores were high in the areas of healthcare-staff and information needs. Therefore, more comprehensive service programs are needed to improve QOL for the family caregivers of cancer patients.

**Keywords :** family caregivers of cancer patients, unmet needs, quality of life

**Student Number :** 2009-20460